

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru: 7506R012

Název bakalářské práce:

PROBLEMATIKA DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

*Problems of the Pre-School Age Children with Mental
Impairment*

Autor:

Iveta Machová
Šrámkova 3209/4
40011 Ústí nad Labem

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palouňková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
61	0	12	12	23	1 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.11. 2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Iveta Machová
Adresa: Šrámkova 3209/4, 400 11 Ústí nad Labem

Bakalářský studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Název bakalářské práce: PROBLEMATIKA DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU

Název BP v angličtině: Problems of the Pre-School Age Children with Mental
Impairment

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková

Termín odevzdání: 30. 4. 2006

V Liberci dne 11. 3. 2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Iveta Machová

Datum: **Podpis studenta:**

Charakteristika práce: Bakalářská práce se bude zabývat teoreticky i prakticky problematikou řeči a motoriky u dětí s mentálním postižením v předškolním věku.
Bude se jednat o práci s empirickým, převážně deskriptivním charakterem.

Cíl práce: Cílem práce je analýza řečových a motorických obtíží u dětí s lehkým stupněm mentálního postižení v předškolním věku.

Předpoklad práce: Předpokladem je teoretická i praktická znalost dětí s mentálním postižením v předškolním věku.

Hlavní použité metody: Analýza spisové dokumentace
Anamnéza

Základní literatura:

- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I.* 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5
KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III.* 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1
LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 191 s. ISBN 80-7178-572-5
ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie.* 2. vyd. Praha: Grada, 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2
ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie.* 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2
TOMICKÁ, V. *Orientační logopedické vyšetření.* 1. vyd. Liberec: TU, 2004. 37 s. ISBN 80-7083-808-6

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.11. 2006

Podpis:

Děkuji **Ing. Zuzaně Palounkové** za cenné rady, podnětné připomínky a odborné vedení bakalářské práce. Poděkování patří také učitelkám mateřských škol speciálních za pomoc při realizaci průzkumu v jejich zařízení. Děkuji také své rodině za emoční podporu a trpělivost, bez níž by tento text nemohl vzniknout.

Autorka

Název BP: Problematika dětí s mentálním postižením v předškolním věku

Název BP: Problems of the Pre-School Age Children with Mental Impairment

Jméno a příjmení autora: Iveta Machová

Akademický rok odevzdání BP: 2006

Vedoucí BP: Ing. Zuzana Palounková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou řeči a motoriky u dětí s mentálním postižením v předškolním věku a vycházela ze současného stavu péče o předškolní děti s lehkou mentální retardací. Jejím cílem bylo analyzovat řečové a motorické obtíže u dětí s lehkým stupněm mentálního postižení v předškolním věku. Cíle bylo dosaženo až na předpoklad, že motorické a řečové obtíže se budou souběžně vyskytovat minimálně u 90% zkoumaných respondentů, který se nepotvrdil. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, kde byly shromážděny základní poznatky spojené s problematikou mentální retardace. Jednotlivé kapitoly se zabývaly charakteristikou základních pojmů, charakteristikou dítěte s lehkou mentální retardací, příčinami mentální retardace, prevencí a péčí o mentálně postižené. Praktická část zjišťovala pomocí studia spisové dokumentace, anamnézy, rozhovoru, pozorování a orientačního vyšetření řeči a motoriky výskyt řečových a motorických obtíží u 60 dětí s lehkým stupněm mentálního postižení v předškolním věku. Výsledky ukazovaly velkou četnost předpokládaných řečových a motorických obtíží u dětí s lehkou mentální retardací v předškolním věku a vyústěly v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti řeči a motoriky. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat ucelenost pohledu na lehkou mentální retardaci v předškolním věku a její projevy především v oblasti řeči a motoriky.

Klíčová slova

Mentální retardace; prenatální, perinatální a postnatální vývoj; rizikové těhotenství; rizikový novorozenec; raný řečový a motorický vývoj; hrubá motorika; jemná motorika; grafomotorika; motorika mluvidel; fonematický sluch; narušená komunikační schopnost; anamnéza.

Summary

My bachelor's thesis concerns the problems of speech and motorics of mentally ill pre-school children. The starting point is the current condition of mentally ill pre-school age children's care. The aim of the thesis was to analyze the speech and motorics disabilities. I have succeeded in my analyzing them except for the assumption that the speech and motorics disabilities are found simultaneously at minimally 90 per cent of respondents. This assumption has not proved relevant. The work is composed of two parts. The first part deals with theoretical knowledge of basic problems of mental retardation, such as definition of basic terminology, features of mentally retarded pre-school children, causes of mild mental retardation and prevention and care. The second, practical part is aimed to investigate the occurrence rate of speech and motorics disorders. The research data sources and methods include: studies of documentation data, anamnesis, observation, interview and orientational examination of speech and motorics. The respondents were 60 pre-school age children with mild form of mental retardation. The results show high rates in occurrence of preliminarily assumed speech and motorics disabilities. At the end of my thesis I have proposed concrete measures which are based on the results of research carried out. The main contribution of my work can be seen in the compact view of pre-school age mental retardation and its manifestation within the area of speech and motorics.

Key words

Mental retardation; prenatal, perinatal and postnatal development; endangered gravity; endangered newborn; early speech and motorics development; rough motorics; fine motorics; graphomotorics; speech motorics; phonematic hearing; disturbed communicative ability; anamnesi.

OBSAH

1 Úvod	8
2 Teoretické zpracování problému	10
2.1 Mentální retardace	10
2.1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	10
2.1.2 Klasifikace mentální retardace	14
2.1.2.1 Klasifikace podle hloubky postižení	14
2.1.3 Charakteristika jedince s lehkou mentální retardací	17
2.1.3.1 Řeč a motorika u jedinců s mentálním postižením	19
2.1.4 Výskyt mentální retardace	22
2.1.5 Příčiny mentální retardace	22
2.1.5.1 Působení teratogenních faktorů z hlediska doby vzniku	23
2.1.5.2 Rizika prenatálního a perinatálního vývoje	24
2.1.6 Prevence vzniku mentální retardace	25
2.1.7 Význam mateřské školy pro děti s mentálním postižením	26
2.1.8 Rodina a dítě s mentálním postižením	29
2.1.9 Péče o jedince s mentálním postižením	31
3 Praktická část	34
3.1 Cíl praktické části	34
3.2 Popis zkoumaného vzorku	34
3.3 Průběh průzkumu	35
3.4 Použité metody	36
3.5 Stanovení předpokladů	38
3.6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	39
3.7 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	52
4 Závěr	54
5 Navrhovaná opatření	56
6 Seznam použitých zdrojů	59
7 Seznam příloh	61
8 Přílohy	

1 ÚVOD

Každé dítě si už při narození přináší s sebou na svět určité vrozené vlastnosti, které ovlivňují, jak bude přijímat podněty z prostředí a jak na ně bude reagovat. V těchto vlastnostech se děti mezi sebou liší. Jsou děti, které mají velkou potřebu pohybu, stále se chtějí něčím zaměstnávat, jsou rychlé, aktivní, nedělá jim problémy seznamovat se s novými věcmi a lidmi, snadno si zvykají na změny, pravidelně usínají, dají si domluvit a nechají se odvést od nežádoucích činností atd. – prostě děti, které není obtížné vychovávat. Na druhé straně jsou děti, s nimiž není tak snadné vyjít – děti neklidné, hodně dráždivé, citlivé na každou změnu, odmítající nové situace, děti s nepravidelnostmi v jídle, ve spánku atd. Jindy se zase setkáváme s dětmi, které jsou celkově méně aktivní, pomalé, které potřebují silnější podněty, aby na ně zareagovaly, které také nemají příliš rády změny atd. Mezi těmito dost vyhraněnými typy je samozřejmě mnoho typů přechodných, kde se různé vlastnosti vzájemně různě propojují. Temperamentová charakteristika je u každého dítěte individuálně odlišná, každé reaguje na svět a jeho požadavky svým způsobem, daným především vrozenou výbavou. Tajemství výchovy je v tom, jak dokážeme svoje jednání s dítětem přizpůsobit jeho individuálním zvláštnostem. (Marková, Středová, 1987, s. 88)

Dnešní rodina s postiženým dítětem je mnohem více zatížena a mnohdy přetížena. Zásadním požadavkem, který je v zájmu handicapovaného dítěte, je, aby se jeho rodiče udrželi v co nejlepším zdravotním stavu a duševní kondici. Aby s dítětem mohli žít vyrovnaný, uspokojivý a šťastný život. Je nutné dodržovat zásady psychohygieny a pravidelné převzetí péče o postižené dítě na část dne někým jiným než matkou. V tuto chvíli nastupuje práce speciálních pedagogů, kteří se snaží v rámci možností dítěte jej vzdělávat. Práce je to velmi náročná a pokroky jsou někdy nepatrné. Důležité je dbát na pravidelnost a důslednost.

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou dětí s mentálním postižením v předškolním věku. Cílem bakalářské práce je analýza řečových i motorických obtíží u dětí s lehkým stupněm mentálního postižení v předškolním věku. Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byly shromážděny základní poznatky spojené s problematikou mentální retardace. Jednotlivé kapitoly se zabývají

charakteristikou základních pojmů, charakteristikou dítěte s lehkou mentální retardací, příčinami mentální retardace, prevencí a péčí o mentálně postižené.

Praktická část rozebírá zkoumanou skupinu 60 předškolních dětí ve věku 5-8 let. Dále se zabývá analýzou a vyhodnocením výsledků a jejich následným porovnáním. Z praktického průzkumu a jeho výsledků vyplývají navrhaná opatření, která zahrnují výsledky orientačních vyšetření u zkoumaného vzorku. Metodami, které byly zvoleny a použity v bakalářské práci, jsou analýza spisové dokumentace, anamnéza, rozhovor, pozorování a orientační vyšetření řeči a motoriky.

Téma bakalářské práce bylo vybráno především proto, že se přímo týká náplně mého zaměstnání práce učitelky v mateřské škole speciální, která se svým zaměřením specializuje na děti se smyslovými a vývojovými vadami, mezi něž patří mentální retardace lehkého a středního stupně, opožděný vývoj řeči, dyslálie, lehká mozková dysfunkce a zrakové vady. Každý klient, který naše zařízení navštěvuje, má nějaký svůj handicap a s ním spojené potíže v oblastech, které jsou pro zdravé dítě zcela automaticky zvladatelné. Každý den je zde možné si velmi zřetelně uvědomit, jak je nutná tolerance, respekt k druhému, individualita a neopakovatelnost každého jedince a s tím související individuální přístup, jež odpovídá každému jednotlivému dítěti.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

Tato část bakalářské práce se zabývá teoretickým zpracováním problematiky jedinců s mentální retardací.

2.1 MENTÁLNÍ RETARDACE

„Všechno mu trvá trochu déle, je pomalejší, ale proč mu nedat čas, aby se to naučil. Víc mi vadí, že o učení ani nemá příliš velký zájem. Snad se to zlepší, až bude starší“.

(matka mentálně postiženého dítěte)

2.1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

V minulosti byla zcela odloučena výchova a vyučování handicapovaných dětí od výchovně vzdělávacího procesu normálně vyvinutých jedinců. Většinou to byly pouze jednotlivé děti, které měly možnost speciální výchovné péče. Teprve ke konci 18. století a především až od 19. století se začaly postupně uplatňovat obecně pedagogické přístupy ve výchově nevidomých a neslyšících, později pak mentálně retardovaných. Tato speciální výchova již nebyla tak izolována od procesu obecné pedagogiky. (Monatová, 1998, s. 9)

Mentální retardaci sledovali významní myslitelé již v době starověku. **Marcus Fabius Quintilianus** (35-95) poukazoval na to, že tupost a neschopnost jsou poměrně vzácné, podobně jako každá nenormálnost, neboť dítěti je dána od přírody rozumová činnost a chápavost.

Hlubší informace ze sledované oblasti spadají až do období renesance. V 16. století se zabýval **Juan Luis Vives** (1492-1540) analýzou variability individuálních zvláštností ve svém díle *„Úvod k moudrosti“*. (Monatová, 1998, s. 45)

U **Jana Amose Komenského** (1592-1670) lze zaznamenat již značný pokrok v názorech, neboť si plně uvědomoval individuální rozdíly mezi dětmi, které mají značný vliv na

stupeň jejich vychovanosti, jak uvádí v „Didaktice velké“ (kap.XII, s. 85-86). Rozlišuje mezi dětmi šest skupin duševních schopností:

- první typ – děti bystré, chtivé vědění a povolné,
- druhý typ – děti vtipné, avšak hravé, ale přece poslušné,
- třetí typ – děti vtipné a učenlivé, avšak jsou zatvrzelé a vzpurné,
- čtvrtý typ – tyto děti jsou povolné a chtivé učení, avšak jsou zdlouhavé a těžkopádné,
- pátý typ – děti tupé, vlažné a liknavé,
- šestý typ – děti tupé, hloupé a vzpurné.

Komenský chtěl, aby se věnovala plná pozornost všem dětem podle jejich individuálních zvláštností a využívaly se vhodné výchovné postupy. (Monatová, 1998, s. 45)

Obdobně **John Locke** (1632-1704) považoval za značný nedostatek výchovy, požaduje-li vychovatel, aby se žáci učili či konali takové činnosti, které jsou v rozporu s jejich nadáním a povahou. (Monatová, 1998, s. 45)

Z našich badatelů se zabýval mentální retardací pedagog, filozof a lékař **Karel Slavoj Amerling** (1807-1884). Založil a byl ředitelem prvního ústavu pro abnormální děti na Hradčanech, nazvaného v roce 1871 „*Ernestinum*“, kde vychovával a vyučoval postižené, zkoumal jejich dědičné zatížení i prostředí, z něhož přicházeli. Na vědecko-výzkumnou činnost Amerlingovu navázal **Karel Herfort** (1871-1940), který byl rovněž lékařem. Se zaujetím se orientoval na pedopatologii a zastával od roku 1900 funkci ředitele „*Ernestina*“ v Praze. V tomto ústavu uskutečnil na dětech celou řadu výzkumů. Analyzoval pojem „slabomyslnost“, její stupně, typy a příčiny, poukazoval na vztah mezi inteligencí a tělesnými znaky, zdůrazňoval degenerační vlivy a význam rodokmenů. Při výuce rozumově postižených žáků kladl důraz na ruční práce a na nápravnou tělesnou výchovu. Byl autorem prvního odborného spisu ze speciální pedagogiky s názvem „*Úvod do studia dítěte slabomyslného*“ (1909). Dále uveřejnil „*Typy slabomyslnosti*“ (1914), „*Psychopatologie věku dětského*“ (2.vyd. 1921). (Monatová, 1998, s. 48-49)

Celosvětově známou osobností byl francouzský psycholog **Alfréd Binet** (1857-1911), který vyvinul **intelligenční testy**. Chtěl odlišit normální děti od dětí defektních. Počátek jeho experimentálních postupů zjišťování inteligence dětí souvisel s úkolem vybrat je pro tehdejší pomocné školy správně. Pro hodnocení zaostalých dětí použil intelligenční testy a dospěl při jejich praktickém uplatnění k závěru, že jedinec, který je opožděn ve své

rozumové úrovni o dva roky, patří mezi slabomyslné. V roce 1905 zpracoval společně s **Théophilem Simonem** stupnici pro měření inteligence, aby mohl zjišťovat rozdíl mezi věkem chronologickým - tj. fyzickým - a věkem mentálním. Stanovil diferenciální diagnózu intelektového stupně dětí od 3 do 15 let a pokusil se takto určit jejich případnou mentální retardaci. Ve zvolených testech *vymezil podstatné znaky inteligence, jako je chápavost, vynalézavost, kritičnost* i další. Ve skutečnosti však často závisela možnost jejich *na zkušenostech a znalostech dítěte i na jeho vědomostech a dovednostech, získaných během školní docházky, což Binet podcenil.* (Monatová, 1998, s. 49-50)

Rozvoj péče o handicapované souvisí těsně s šířením **pedocentrismu**, který formuloval **John Dewey** (1859-1952) v tezi „*Sluncem se stává dítě, kolem něhož se točí prostředky výchovných metod. Je středem, kolem něhož jsou organizovány.*“ (Monatová, 1998, s. 50)

Světové kongresy začaly řešit otázky mentálně postižených od roku 1961. **Deklarace OSN** o jejich právech přijala v roce 1971 resoluci s výzvou pro celý svět. V osmi bodech charakterizuje konkrétně právo těchto osob na přiměřenou lékařskou a vzdělávací péči, na rehabilitaci a na takovou podporu rozvíjející schopnosti a celou osobnost. Další povinností je potřebné ekonomické zabezpečení a náležitý životní standard. Handicapovaným se má zajišťovat produktivní práce nebo odpovídající smysluplné zaměstnání. Optimálním řešením je život ve vlastní rodině nebo v odborné instituci. Součástí je ochrana před vykořisťováním, nevhodným zacházením atd. Z deklarace vyplynulo jednoznačně, že se týká všech věkových skupin – tj. dětí, mládeže, dospělých i stárnoucích osob. (Monatová, 1998, s. 52)

Mentální retardace (dříve byl užíván i termín oligofrenie nebo slabomyslnost) je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí. K diagnóze tedy nestačí pouze selhávání v testech inteligence, ale dítě i dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí. (Říčan, Krejčířová, 1997, s.151)

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře

se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. (Vágnerová, 2003, s.17)

Hlavním znakem mentální retardace je **nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení** a z toho vyplývající i **obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Je to vrozené postižení**, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. **Je to trvalé postižení**, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné dosáhnout určitého zlepšení. (Vágnerová, 2003, s.18)

V 70. a 80. letech se stále více začíná zdůrazňovat významnost osobnosti každého postiženého člověka. Souvisí to také s novou koncepcí tzv. speciálních potřeb, služeb a podpor oproti dříve uplatňované koncepci neschopností. Postiženým lidem jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby potřeby postižených lidí byly po celý jejich život adekvátně naplňovány. Tyto tendence se významně odrazily i ve stále častější terminologii „osoby (lidé) s postižením“, tedy v našem případě „osoba (člověk, dítě, dospělý atd.) s mentálním postižením“. Tímto označením se vyjadřuje skutečnost, že **mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osoby, osobnosti, individuality** a teprve potom, na druhém místě, postižení. (Černá, Novotný, Stejskal, Zemková, 1995, s.7)

Pojem **mentální retardace** se začal šířeji používat v odborné terminologii **po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně** v zájmu pojmového a terminologického sjednocení zainteresovaných vědních oborů. **Byl přijat v roce 1992 Mezinárodní klasifikací duševních poruch a nemocí jako diagnostická kategorie (psychická porucha) a měl by být tedy důsledně používán všemi zainteresovanými odborníky.** (Švingalová, 2003, s. 17)

Mentální retardace je syndromem vrozeným, nebo časně získaným (do 18-24 měsíců věku) na základě poškození mozku (CNS). Je stavem víceméně trvalým. Rozumové schopnosti jsou sníženy na úroveň IQ nižšího než 70.

Může se vyskytnout společně s jakoukoli jinou tělesnou, smyslovou, řečovou nebo duševní poruchou, ale i bez ní. **Prognóza** mentální retardace závisí na jejím stupni,

prostředí, ve kterém člověk žije, a na mnoha dalších faktorech. Zejména nepřiměřené rodinné prostředí může mentální retardaci dále znevýhodňovat. (Švingalová, 2003, s. 18)

2.1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Nejčastěji užívanými hledisky klasifikace mentální retardace jsou **hloubka postižení** (vyjadřovaná stupni pomocí IQ), hledisko **etiologické** (podle příčin), hledisko **symptomatologické** (podle projevů, příznaků), **vývojové** (z hlediska vývojových období) a **sociální** (podle míry samostatnosti). (Švingalová, 2003, s.33)

2.1.2.1 KLASIFIKACE PODLE HLOUBKY POSTIŽENÍ

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je mentální retardace dělena:

F 70 – lehká mentální retardace	(IQ 50-69)
F 71 – středně těžká mentální retardace	(IQ 35-49)
F 72 – těžká mentální retardace	(IQ 20-34)
F 73 – hluboká mentální retardace	(IQ pod 20)

Uvedená pásma retardace jsou vytvořena umělým členěním přirozeného kontinua a nemohou být proto definována s absolutní přesností. Číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáváme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být vždy především kvalita zvládání životních nároků dítěte (dospělého) v jeho prostředí. (Říčan, Krejčířová, 1997, s.151)

V pásmech se zachycuje postižení kognitivních schopností u lidí mentálně retardovaných, které jsou většinou silně nerovnoměrné, nejčastěji zachycuje opoždění vývoje řeči a verbální inteligence obecně proti ostatním dovednostem. Roli zde hraje i etiologie a eventuálně přítomnost dalších smyslových či pohybových poruch (kombinované vady).

Lehká mentální retardace – (IQ 50-69)

Pokud nejde o kombinované postižení, bývá často diagnóza stanovena až v předškolním věku, nebo dokonce až po vstupu do školy, kde dítě selhává. V prvním roce života bývají většinou mírně opožděné pohybové dovednosti (sezení, lezení, chůze), ale mohou být i v normě. (Říčan, Krejčířová, 1997, s.153)

Řeč se vyvíjí opožděně, je postižena po stránce formální i obsahové. Porozumění řeči je omezené, často mluvní stereotypy, artikulační neobratnost a agramatismy. **Paměť** je převážně mechanická, bývá oslabena ve všech fázích (vstřípivost, uchování, vybavování). Vnímání je rigidní, dítě se spokojuje s povrchním poznáním předmětu. **Pozornost** je kolísavá, nestálá, snadno odklonitelná a unavitelná. Vývoj motoriky je také opožděn (jemná i hrubá motorika, senzomotorická koordinace). Časté výkyvy nálad, sklony k afektům. Většina se po skončení školní docházky vyučí v prakticky zaměřených učebních oborech nebo se zaučí pro jednoduchá zaměstnání. Při sociální pomoci dosahují tyto lidé v dospělosti téměř úplné samostatnosti, jen v některých nových situacích žádají o pomoc či radu. V období dospívání, kdy sílí vliv vrstevníků, mohou být díky své důvěřivosti a sugestibilitě snáze využíváni nebo zneužíváni ze strany dospělých či ostatních dětí. V dospělosti dovedou uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. **Z hlediska společenského vývoje** dosahují lehce mentálně retardovaní jedinci vrcholu ve 20 letech, vrcholná doba vývoje inteligence je u nich v 15 letech. (Švingalová, 2003, s.67-68)

Středně těžká mentální retardace – (IQ 35-49)

Opoždování dítěte bývá již zachyceno v kojeneckém věku nebo nejpozději v batolecím období. Psychomotorický vývoj je opožděn o 3-4 roky. V průběhu dětství si osvojují minimální slovní zásobu, která je postačující pro dorozumění. Dyslálie a agramatismy přetrvávají často až do dospělosti. Jsou více závislí na podpoře druhých lidí. Při kvalitním a cíleném vedení tyto děti dobře zvládnou dovednosti kolem sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní činnosti. Vývoj těchto dětí ovlivňuje kvalita prostředí, která zároveň ovlivňuje emoční a sociální vyspívání těchto dětí. Děti při horní hranici středně těžké mentální retardace zvládají výuku podle osnov pomocné školy či přípravných ročníků pomocné školy. Mohou si osvojit základy čtení, psaní i počítání. Vhodné je využití alternativních komunikačních metod. Vývoj inteligence těchto jedinců probíhá přibližně do

10-12 roku. Vrchol společenského vývoje lze zaznamenat **v 15 letech.** (Švingalová, 2003, s.69)

Těžká mentální retardace – (IQ 20-34)

Ve většině případů jde o postižení kombinované. K postižení rozumových schopností se přidružují i těžší postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu různého stupně. Mnohé z těchto dětí se nikdy nenaučí mluvit nebo si osvojí jen několik jednoduchých slůvek, v jejich výuce je prioritní zaměření na zvládnutí základní komunikace (ať již verbální či pomocí alternativních komunikačních systémů), základů sebeobslužných dovedností a na porozumění běžným sociálním situacím. (Říčan, Krejčířová, 1997, s.154-155)

Jsou trvale závislí na podpoře druhých lidí ve všech oblastech. Mnoho z nich bývá často umístěno v ústavech sociální péče. **Vývoj inteligence** probíhá přibližně do **6-8 roků, v oblasti společenské do 10 let.** (Švingalová, 2003, s.70)

Hluboká mentální retardace – (IQ pod 20)

U těchto jedinců převládají funkce **pudové, afektivní a vegetativní.** S postižením intelektu je spojeno většinou i velmi těžké postižení pohybové, často jsou zcela imobilní nebo schopni jen minimálního pohybu. Většinou si neosvojí ani základy mluvené řeči a porozumění řeči bývá omezeno pouze na některé běžné pokyny. Tyto děti reagují citlivě především na některé zvuky, zejména na emoční tón hlasu. Reakce na zrakové podněty bývají mnohdy omezené. Jejich komunikace bývá globální – dávají najevo svoji spokojenost celkovou relaxací, úsměvy a nespokojenost vyjadřují stoupajícím napětím a pláčem, k emočním podnětům z okolí mohou být přitom dosti citlivé. (Říčan, Krejčířová, 1997, s.155)

Časté jsou **poruchy motoriky se stereotypními automatickými pohyby a sebepoškozování.** Obtížně lze jen u některých jedinců vypěstovat jednoduché návyky sebeobsluhy. Vyžadují **trvalou péči.** (Švingalová, 2003, s.71)

2.1.3 CHARAKTERISTIKA JEDINCE S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

„Jako ostatní děti je i postižené dítě celistvá osobnost. Je individualitou, která určitým způsobem vnímá svět, prožívá a cítí, raduje se, cítí se ohrožena, zlobí se nebo cítí bezmocnost, potřebuje, chce, snaží se, reaguje na to, co ji obklopuje, upozorňuje na sebe a chce se dorozumět, o něco usiluje. Chová se určitým svým způsobem, který je dán jejími vrozenými vlastnostmi a tím, jak se tyto vrozené vlastnosti dotvářejí vlivem zkušeností dítěte, a tím, jak na ně reagují lidé, s nimiž dítě žije“. (Marková, Středová, 1987, s.83)

Raný vývoj mentálně postižených dětí bývá komplexně opožděn. Je nápadná menší zvědavost, preference podmětového stereotypu a větší závislost na okolí. Opoždění motorického vývoje, které bývá v těchto případech obvyklé, negativně ovlivňuje i rozvoj senzomotorické inteligence. Manipulační aktivity jsou stereotypnější a omezenější. V jednom roce života takové dítě často ještě nesedí, nemluví a nereaguje na sociální kontakt. (Vágnerová, 2003, s.36)

Myšlení je porušeno kvalitativně i kvantitativně. Je těžkopádné, rigidní, povrchní, s nedostatkem kritičnosti a ovlivněno emocemi. Utváření pojmů je pomalé, vážnou především abstraktní pojmy. Převažuje konkrétní myšlení, logické myšlení je porušeno. (Švingalová, 2003, s.66)

Narušený vývoj řeči je jedním z nejcharakterističtějších znaků mentální retardace. Vývoj řeči u mentálně retardovaných dětí je v důsledku odlišných vnitřních předpokladů vývoje narušen až do té míry, že nedosáhne úrovně normy. (Lechta, 2002, s.76)

Řeč se vyvíjí opožděně a je postižena po stránce formální i obsahové, ve složce receptivní i expresivní. Porozumění řeči je omezené. Dlouho přetrvává ve vývoji dyslálie, artikulační neobratnost a agramatismy (souvisejí se sníženým jazykovým citem). Formální složku řeči negativně ovlivňují poruchy jemné motoriky mluvidel, motorické koordinace mluvidel a poruchy sluchové percepce. (Švingalová, 2003, s.67)

Paměť jako základní předpoklad k učení je převážně mechanická, která může být na dobré úrovni. Dochází tím tak někdy ke zkreslování úrovně intelektu. Bývá oslabena ve všech fázích – všípivosti (ta je velice často negativně ovlivněna koncentrací pozornosti), uchování (rychlé zapomínání) a vybavování (které bývá pomalé a nepřesné). **Percepce** je oslabená či porušená ve všech oblastech. Vliv na učení má zejména nedokonalá zraková a sluchová diferenciacce, porucha zrakové a sluchové analýzy a syntézy. Vnímání je rigidní, dítě se spokojuje s povrchním poznáním předmětu. **Pozornost** je kolísavá, nestálá, snadno odklonitelná a unavitelná. Schopnost distribuce pozornosti je omezená, rozsah úzký. Pozornostní nedostatky mají vliv na všechny kognitivní procesy, učení a školní úspěšnost. **Vývoj motoriky** je opožděn. Zaznamenáváme poruchy hrubé, jemné motoriky a senzomotorické koordinace. Problémy činí rozlišování pohybu a osvojování pohybových dovedností. Typická je motorická neobratnost. Vývoj kresby je opožděn, kresba se vyznačuje stereotypností a primitivností. Obtíže činí psaní (opis, přepis i diktát). Na psaní i kresbě se podílí nejen poruchy jemné motoriky a senzomotorické koordinace, ale i deficity v poznávacích procesech (vnímání, představivosti...). (Švingalová, 2003, s.67)

Rozvoj motoriky je nezbytný pro výstavbu řeči, pro rozvoj vnímání, myšlení či dalších poznávacích funkcí. U lehce mentálně retardovaných jedinců je důležité rozvíjet jemnou motoriku mluvidel, protože tato vykazuje často takové zvláštnosti, které mohou mít negativní důsledky pro jejich další osobnostní integraci. Při motorickém rozvoji jedinců musíme mít na paměti jak zvláštnosti jejich pohybového vývoje, tak také zvláštnosti jejich psychického vývoje. Celkové omezení v myšlenkových operacích analýzy a syntézy se tedy mimo jiné projevuje také v hybnosti – zejména ve fázích spojování pohybových prvků do celků a v koordinaci jednotlivých pohybů. (Müller, 2001, s.55)

V oblasti citové a volní jsou tyto jedinci nevyzrálí, časté jsou výkyvy nálad se sklony k afektům. Mají sníženou schopnost adekvátního volního jednání. **Autoregulace** je ovlivněna emocionalitou, zvýšenou sugestibilitou a nízkou úrovní sebekontroly. **Sebehodnocení** se vyznačuje nekritičností, je odkázáno na hodnocení druhých. Velká sugestibilita, nedostatek kritičnosti a racionality jsou rizikem pro jejich zneužití (zneužívání) ve všech oblastech (sexuální zneužívání, zneužívání návykových látek, zneužívání k páčání trestné činnosti...). **Potřeba citové jistoty a bezpečí** daná vztahem s blízkým člověkem je silná. Z toho plyne i větší potřeba závislosti a citové opory ještě v dospělosti. (Švingalová, 2003, s.67)

Motivační sféra je specifická zejména v oblasti uspokojování potřeb. **Aspirační úroveň** vychází především z hodnocení ostatních. Vlastní analýza svého výkonu je obvykle nekritická, emocionálně podbarvená, s nedostatečným rozumovým zhodnocením. **Zájmy** jsou povrchní, i v pozdějším věku nevyhraněné. **Vývoj sebeobsluhy a samostatnosti** je opožděn. Dlouho se vytvářejí základní sebeobslužné dovednosti a návyky. **Sociální vývoj** má svá specifika. Vztahy k ostatním lidem jsou málo diferencované a emfatické. Sociální učení a schopnost těžit ze skutečnosti je omezeno. Chápu většinu základních norem a rolí, ovšem pokud není situace příliš proměnlivá. V nových situacích potřebují vedení. Do práce se pouštějí s energií, brzy však v činnosti ochabují, nemají dostatek vytrvalosti. (Švingalová, 2003, s.68)

2.1.3.1 ŘEČ A MOTORIKA U JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Rozvoj motoriky je mimořádně důležitý nejen pro řeč, ale i pro rozvoj poznávacích činností, sociálního chování atd. Jestliže budeme proces mluvení, tj. *promluvu*, chápat jako mechanický akt, zjistíme, že především jde o velmi *precizně koordinovaný proces jemné motoriky řečového aparátu*. Vzájemná spjatost motoriky a řeči je tu tedy očividná. Dialektická vazba je tak velká, že u dětí s narušeným vývojem motoriky zpravidla pozorujeme opožděný řečový vývoj a u dětí s narušenou komunikační schopností (např. děti s balbuties, dysfázií či dyslálií) zase často zjišťujeme sníženou úroveň motorických dovedností.

Vývoj motoriky je nejprudší v prvních letech života. Mnozí badatelé už dříve poukazovali na paralelnost osvojování *hybné a řečové motoriky*. Například Suhrweier (1983) zdůrazňuje, že učení chůzi a řeči nastupuje obvykle zhruba ve stejnou dobu, přičemž však vývoj jemné motoriky rukou v tomto období zaostává za řečovou motorikou. Bot uvádí výsledky výzkumů, které dokazují, že úroveň rozvoje řeči obvykle koreluje se stupněm rozvoje jemné motoriky rukou. Když je tedy vývoj jemné motoriky přiměřený věku, obvykle i vývoj řeči probíhá v rámci normy. Jestliže však zaostává vývoj jemné motoriky, obvykle zaostává vývoj řeči i přesto, že úroveň hrubé motoriky je v normě nebo i nad normou. (Lechta, 2002, s.19-21)

O **narušené komunikační schopnosti** hovoříme tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně. Narušená komunikační schopnost může v celkovém klinickém obraze dominovat, tj. může být hlavním, vedoucím symptomem (někteří autoři hovoří v těchto případech o primárním řečovém narušení), nebo může být symptomem jiného dominujícího postižení, případně onemocnění nebo poruchy – tehdy hovoříme o **symptomatických poruchách řeči**.

Symptomatické poruchy řeči tedy definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění. Mezi nejčastější symptomatické poruchy řeči u dětí patří zejména narušená komunikační schopnost u dětí s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou, u neslyšících, nevidomých dětí atd. (Lechta, 2002, s.51-52)

Řeč dětí s mentální retardací je obvykle tak výrazně narušená, že v odborné literatuře evidujeme dokonce pokusy terminologicky vyčlenit poruchy řeči těchto dětí z ostatních řečových poruch. Například Arnold a Wirth hovoří o charakteristickém vývoji všech řečových funkcí těchto dětí jako o *dyslogii* (Arnold, 1970; Wirth, 1990). Podle Fröhliche (1995) společnou charakteristikou lidí s mentální retardací je skutečnost, že jde o lidi, kteří jsou v mimořádné míře ohroženi tím, že nedokážou využívat funkce mezilidské komunikace. Wirth (1990) uvádí výskyt dyslogie u 86,5% případů lehké mentální retardace, u 95,5% případů střední mentální retardace a u 100% případů těžké a hluboké mentální retardace. Například Böhne (1976) uvádí, že verbální výkony dětí s mentální retardací jsou v různé míře nejen snižené, ale i změněné a zpomalené.

Jedním z nejcharakterističtějších znaků mentální retardace je narušený vývoj řeči. Vývoj řeči u mentálně retardovaných dětí je v důsledku odlišných vnitřních předpokladů vývoje narušen až do té míry, že nedosáhne úrovně normy. Už začátky vývoje řeči se u nich objevují s větším nebo menším zpožděním. Často je to první projev, podle kterého rodiče usoudí, že jejich dítě se vyvíjí odlišně. (Lechta, 2002, s.75-76)

Opožděný začátek vývoje řeči může být tedy i pro laika jedním z příznaků, který signalizuje možnost narušení intelektu dětí v tomto věku. Nelze však izolovaně, jen z opožděného začátku ontogeneze řeči, usuzovat, že u toho kterého dítěte jde o snížené IQ.

U dětí, které do 2.- 3. roku života ještě nezačaly mluvit, může jít i o poruchu sluchu, dysfázii, prodlouženou fyziologickou nemluvnost, případně zanedbanost atd. Je zde nutné velmi pozorné diagnostikování a někdy (zejména u mladších dětí) i dlouhodobé pozorování. Vývoj řeči těchto dětí s mentální retardací lze analyzovat z více hledisek. Při systematickém přístupu je zákonitě třeba se zabývat vlivem stupňů, forem a typu mentální retardace. (Lechta, 2002, s.77)

Mentální retardace se tradičně třídí i podle typů chování:

1. **Instabilní** (eretický, neklidný)
2. **Apatický** (torpidní, utlumený)
3. **Nevyhraněný typ**

Vývoj řeči mentálně retardovaných dětí tedy může ovlivňovat i to, zda jde v daném případě o vyhraněný typ eretický nebo torpidní. (Lechta, 2002, s.81)

Statistické údaje prakticky všech odborníků, zabývajících se řečí dětí s mentální retardací, dokazují, že poruchy řeči jsou u nich několikanásobně častější než v intaktní populaci. U dětí s mentální retardací vychovávaných od útlého věku v institucích se obvykle nachází víc poruch řeči než u těch, které jsou v denním styku se svou rodinou. Citová deprivace zřejmě ještě znásobuje negativní vliv mentální retardace do té míry, že někteří autoři zjistili dokonce až u 100% takto institucionalizovaných dětí s mentální retardací (s těžším stupněm postižení) poruchy řeči.

Pokud jde o **příčiny poruch řeči** u těchto dětí, je třeba zdůraznit, že vedle vlivu snížené mentální úrovně tu spolupůsobí celá řada dalších faktorů. Časté jsou anomálie periferních mluvních orgánů (rozštěpy, deformace chrupu, celého artikulačního aparátu atd.). Takovéto abnormality jsou jednak častější než u intaktních dětí, jednak je lze v důsledku narušené inervace obvykle hůře korigovat. Dále tu spolupůsobí nedostatečná úroveň motorické koordinace. Jedním z nejmarkantnějších projevů snížené úrovně motoriky je pochopitelně oblast motoriky artikulačního aparátu. Na poruchách řeči u dětí s mentální retardací se podílejí i časté poruchy sluchu, respektive fonematické diferenciaci. Z dalších faktorů je ještě třeba zmínit časté zanedbávání ze strany okolí, funkční příčiny, v lehčích případech někdy i vědomí vlastní „méněcennosti“ (při neurózách řeči) atd. Důležitý negativní vliv má pochopitelně i omezený vývoj řeči. (Lechta, 2002, s.90)

2.1.4 VÝSKYT MENTÁLNÍ RETARDACE

V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. Jejich četnost se liší v závislosti na míře postižení: nejčastěji jde o lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí 70% všech takto postižených lidí. Závažnější formy jsou vzácnější.

Chlapci i dívky bývají postiženy v přibližně stejné míře, občas je uváděna o něco vyšší četnost mentální retardace u dětí mužského pohlaví. (Köhler, 1999)

2.1.5 PŘÍČINY MENTÁLNÍ RETARDACE

Příčinou mentální retardace je postižení CNS. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jeho vzniku se může podílet jak **porucha genetických dispozic**, tak nejrůznější **exogenní** (vnější) **faktory**, které poškodí rozvíjející se mozek. Obě složky působí ve vzájemné interakci. (Vágnerová, 2003, s.18)

K endogenním (vnitřním) **faktorům** patří **dědičnost a vrozenost**.

K exogenním (vnějším) **faktorům** patří **sociální prostředí**, včetně podnětové stimulace. (Švingalová, 2003, s.44)

Dědičné faktory – mentální retardace podmíněna geneticky:

Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autosomů (trisomie 21. chromosomu – Downův syndrom).

Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromosomů (např. syndrom lomivého X, postihující převážně chlapce – Klinefelterův syndrom).

Jako důsledek onemocnění, způsobeného genovou poruchou – např. vrozené poruchy metabolismu bílkovin – Fenylketonurie (k poškození mozku dochází sekundárně, působením škodlivých produktů vlastní látkové přeměny).

Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje – obdobně bývají postiženi rodiče, sourozenci i další příbuzní (jedná se o inteligenci v „hraničním“ pásmu, podprůměrnou inteligenci nebo lehce mentálně retardované, **tvoří nejpočetnější skupinu až 65% z celkového počtu mentálně postižených**). (Vágnerová, 2003, s.19)

Teratogenní faktory:

Jsou to škodlivé látky negenetické povahy, které svými účinky mohou vyvolat vrozené nebo časně získané vady. (Švingalová, 2003, s.54)

Tyto faktory poškozují normální vývoj dítěte, působí prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu.

Mohou to být:

Fyzikální faktory např. ionizující záření, porodní poškození s následným krvácením do mozku, nedostatek kyslíku apod.

Chemické faktory např. některé léky, alkohol, drogy.

Biologické faktory např. virové a mikrobiální (zarděnky), bakteriální choroby (tuberkulóza), hormonální poruchy, placentární poruchy, imunologický konflikt. (Švingalová, 2003, s.55)

2.1.5.1 PŮSOBENÍ TERATOGENNÍCH FAKTORŮ Z HLEDISKA DOBY VZNIKU

V prenatálním období – může vzniknout nejzávažnější poškození – **embryopatie** v prvním trimestru těhotenství, zejména v období od 3 – 10 týdne (mikrocefalie, hydrocefalie). (Švingalová, 2003, s.56)

V perinatálním období – jde o ohrožení plodu okolo a během porodu (asfyxie – nedostatek kyslíku, porodní traumata, infikování plodu za porodu). (Švingalová, 2003, s.57)

V postnatálním období – mohou vzniknout zánětlivá onemocnění (encefalitida, meningitida), úrazy, otravy, v raném věku do 1,5 – 2 let. Čím dříve k nim dojde, tím horší jsou následky. (Švingalová, 2003, s.58)

2.1.5.2 RIZIKA PRENATÁLNÍHO A PERINATÁLNÍHO VÝVOJE

Rizikové těhotenství je označováno u těch žen, kterým hrozí rizikové faktory. Ohrožení na zdraví nebo životě mohou být tedy jak plod, tak matka nebo oba. Těmto těhotenstvím je věnována **zvýšená péče**.

Rizikové těhotenství:

- hrozí spontánní potrat,
- vznik vrozené vývojové vady dítěte,
- předčasný porod,
- přenášení plodu,
- hypertrofie nebo hypotrofie plodu,
- asfyxie plodu,
- prenatální či perinatální úmrtí plodu,
- genetická zátěž v rodině,
- věk matky – mladší než 17 let a starší než 35 let,
- tělesná výška – pod 155 cm,
- chronická onemocnění matky,
- mnohočetná těhotenství,
- větší počet interrupcí,
- krvácení v těhotenství. (Švingalová, 2003, s.58-59)

Největší podíl rizikových novorozenců pochází z rizikových těhotenství. (Kol. autorů, 1979)

Rizikový novorozenec je ohrožen různými negativními faktory, které mohou **narušit jeho psychický nebo somatický vývoj.**

Rizikový novorozenec:

- nemocná matka nebo matka s předchozím neúspěchem v těhotenství,
- po komplikovaném porodu (pomocí kleští, koncem pánevním ...),
- předčasný odtok plodové vody se známkami infekce za porodu,
- porodní hmotnost vyšší než 4500g,
- porodní hmotnost nižší než 2500g,
- přenosu novorozenci,
- vícečetné těhotenství,
- projevy časně nebo pozdní asfyxie,
- vrozené vady. (Švingalová, 2003, s.60)

2.1.6 PREVENCE VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Velký význam z hlediska medicínské prevence vzniku mentální retardace má **genetické poradenství, prenatální a neonatální diagnostika.** (Švingalová, 2003, s.62)

Genetické poradenství – se provádí tam, kde se vyskytlo dědičné podmíněné onemocnění nebo jiné vývojové vady.

Prenatální diagnostika – to je **amniocentéza** (tj. odběr plodové vody přes břišní a děložní stěnu matky do konce 24.týdne, nejčastěji 16. týden těhotenství) a **choriocentéza** (tj. odběr pupečnickové krve prováděný zejména v 2. polovině těhotenství, nejčastěji u Rh imunizace nebo jiných závažných stavů, kdy hrozí výměna krve u plodu). Tyto metody mají velký význam při včasném odhalení některých metabolických poruch, Downova syndromu, Lesch-Nyhanova syndromu. Vyšetření **ultrazvukem** může pomoci odhalit především anatomické anomálie v prenatálním období.

Neonatální diagnostika – nám pomůže odhalit onemocnění fenylketonurií pomocí Guthrieůvova testu a umožňuje včasné zavedení diety, která je prevencí vzniku mentální retardace.

Dalším důležitým preventivním opatřením je **dokonalá zdravotní péče o těhotné matky**, zejména s rizikovým těhotenstvím a dokonalá péče o rizikové novorozence. Dále je to **zodpovědnost** každé potenciální matky (i otce) a těhotné ženy k těhotenství. Důležitá je i **výchova k rodičovství** ve školách. (Švingalová, 2003, s.62-63)

2.1.7 VÝZNAM MATEŘSKÉ ŠKOLY PRO DĚTI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V kolektivu mateřské školy dítě s mentálním postižením působí rušivě. Hra se mu nedaří, kostky a tužka mu padají z rukou, křehké hračky se rozbíjejí, dlouho a obtížně se učí zavázat tkaničku a zapnout si knoflíky. Dítě začíná mít první neúspěchy. K nim přispívá i těžká přizpůsobivost výchovným požadavkům, na omezování reaguje rozladěním až agresivitou.

Nejvíce vadí nadměrná pohyblivost dítěte, jeho impulzivní jednání, neklid, dráždivost a neschopnost soustředit se na činnost. Ostatní děti si nerady s takovýmto dítětem hrají, s rodiči a učiteli se dostává do konfliktu, dospělí je mají méně rádi, neustále je napomínají a trestají, neboť chování dítěte považují za úmyslné. (Machová, Trefný, 1991, s.72)

Cenným pomocníkem při výchově mentálně postižených dětí jsou speciální předškolní zařízení. **Mateřské školy** pro tyto děti nemají u nás dosud dlouhou tradici, začaly vznikat teprve před necelými dvěma desetiletími. Ve své práci však již zaznamenaly řadu úspěchů a staly se funkčním článkem naší školské soustavy. Koncepce speciálních mateřských škol vychází z koncepce běžných mateřských škol pro nepostižené děti. Má však své specifické odlišnosti, vyplývající z postižení dětí a situace rodin, kde děti žijí.

Jsou to:

Individuální speciálně pedagogická a léčebná péče, diferencovaná podle druhu a stupně postižení. Tuto péči zajišťují speciální pedagogové, logopedi, rehabilitační pracovníci, pediatři a odborní lékaři.

Dlouhodobé plnění diagnostického úkolu ve spolupráci s odborníky a rodinou, vyústující do doporučení vhodného typu školního či jiného zařízení.

Pomoc při vytváření sociálně zachytivé péče pro děti z rodin s nízkou sociokulturní úrovní.

Zajišťování péče o děti v denních zařízeních, jen výjimečně formou internátní péče tam, kde rodina neuspokojuje základní životní potřeby dítěte.

Zlepšování poradenské péče zřizováním speciálně pedagogických center při speciálních mateřských školách.

Vzhledem k tomu, že v předškolních zařízeních **převažuje funkce výchovná nad funkcí vzdělávací**, mohou děti s mentálním postižením v předškolním věku navštěvovat i běžné mateřské školy, v nichž jsou vychovávány a vzdělávány **integrovane** spolu se svými nepostiženými vrstevníky nebo s dětmi s jinými druhy postižení. (Švarcová, 1998, s.16-17)

Hlavní zásadou výchovné práce je **netrestat** dítě za něco, za co nemůže. Je zapotřebí zajistit pro ně doma i v mateřské škole klidné prostředí, individuální přístup, při kterém má hlavní roli postupné dávkování a promyšlené zadávání úkolů, jež má splňovat předpoklady pro jejich úspěšné splnění. Je třeba dítě povzbuzovat, pozornost budit cestou zájmu a za správně splněný úkol či jen vynaloženou snahu **pochválit**. (Machová, Trefný, 1991, s.73)

Mateřská škola speciální běžně ve své praxi používá pomůcky a speciální pomůcky, jimiž obvykle běžné mateřské školy nedisponují jako např. relaxační bazén, bzučák, logopedické kostky a jiný logopedický materiál, trojhranný program včetně speciálních nástavců, velká stolní lupa apod. Samozřejmě mateřská škola disponuje mnoha běžnými pomůckami a nepřeborným množstvím didaktického materiálu.

Kromě rozšířené **psychopedické, tyflopedické a logopedické péče** – skupinové i individuální (pod vedením a dohledem odborníků), se ve vyšší míře věnujeme rozvoji hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky a správnému úchopu psacího náčiní, cvičením pozornosti a paměti, cvičením na zvýšení úrovně myšlení a řeči, percepčně – motorickým cvičením, uvolňovacím a relaxačním cvičením apod.

Speciálně pedagogické zásady :

- zásada **prevence**, která vyžaduje preventivní předcházení poruch po stránce somatické a psychické včasnými preventivními opatřeními. Patří sem prevence lékařská, zaměřená na předcházení defektů, pedagogická zaměřená na společenské faktory.
- zásada **komplexnosti**, která vyžaduje poskytnutí péče ve všech složkách a úsecích komplexní rehabilitační péče a to jak v časovém, tak obsahovém uspořádání
- zásada **dispenzarizace**, která vyžaduje trvalou kontrolu jedince, vedoucí k pocitu, že ve svém postižení není sám
- zásada **resocializace**, která vyžaduje, aby veškerá péče byla zaměřena na jeho socializaci či resocializaci a k zařazení do společenského života
- zásada **optimálního prostředí**, vyžadující zařazování jedince do podnětného prostředí.

Speciálně pedagogické metody:

- metoda **reedukační** se zaměřuje na zlepšování a zdokonalování výkonnosti v oblasti postižené funkce, například reedukace zraku u slabozrakých, reedukace hybnosti u tělesně postižených. Rozlišujeme přístup **monosenzoriální**, zaměřený na rozvoj postižené funkce bez využití jiných funkcí a přístup **multisenzoriální**, který využívá jako pomocných činitelů i funkcí zdravých.
- metoda **kompenzační** se používá tam, kde není možná reedukace postižené funkce, například při ztrátě zraku se jedinec učí číst a psát Braillovým písmem,
- metoda **rehabilitační** navazuje na obě předchozí a soustředí se na celou osobnost postiženého jedince, snaží se upravovat společenské vztahy, podporovat možnosti pracovního zařazení. (Mrázová, 1998, s.19-20)

Metody **reedukace a kompenzace** se zaměřují na **příčiny** defektivity, vady a poruchy.

Metoda **rehabilitace** odstraňuje **důsledky** defektivity, poruchy sociálních vztahů.

Psychopedické zásady jsou pochvala a povzbuzení, kladný vztah k vychovávanému, úspěšný počáteční krok, podíl spoluzodpovědnosti, systém návyků, zásada poslušnosti a pravidelnosti, práce a odpočinek.

Didaktické zásady jsou zásada názornosti, přiměřenosti, individuálního přístupu, aktivity, trvalosti a soustavnosti. (Švarcová, 1998, s.42)

2.1.8 RODINA A DÍTĚ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením je jeho **rodina**. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Optimistický přístup k možnostem rozvoje dětí s mentální retardací vede ke stále důraznějšímu akcentování funkce rodiny pro život a vývoj dítěte.

Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost. Někteří autoři zejména narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která může člověka v životě potkat. Ve svém dítěti už před jeho narozením většina lidí vidí pokračovatele sebe sama a celého svého rodu, dědice všech svých schopností a dobrých vlastností. Do dětí vkládáme své naděje, očekáváme od nich splnění svých tužeb a přání a naplnění smyslu svého života.

Poznání rodičů, že s jejich dítětem „není něco v pořádku“ pro ně obvykle znamená velký šok. Radost a naděje zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu a nezřídka i pocit viny za to, že právě jejich dítě není takové jako ostatní. Skutečnost, že se narodilo postižené dítě, zastihne zpravidla oba jeho rodiče zcela nepřipravené. Nevědí a nechápou, co se s jejich dítětem stalo, nevědí, jak bude jeho vývoj pokračovat a co všechno je v životě čeká, nevědí, jak s dítětem zacházet, jak s ním jednat, jak je vychovávat.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Jaký postoj k mentálně postiženému dítěti je nejvhodnější nelze asi v obecné rovině vyjádřit, každé dítě je jiné a různí jsou i rodiče.

Postižené dítě, zejména v raných etapách svého vývoje, potřebuje citlivou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni pozdějšího života. (Švarcová, 1998, s.61-62)

Nejméně vhodným postojem je odmítání dítěte. Rodiče se nedokáží vyrovnat s faktem, že jejich dítě je postižené, mají zpravidla tendenci umístit je do zařízení sociální péče a ponechat je jeho vlastnímu osudu. Tento přístup lze lidsky pochopit, ale z hlediska dítěte jej nelze považovat za vhodný.

Druhým extrémním postojem je zaujetí **přespříliš ochranného přístupu** k dítěti, snaha „uchránit je všeho zlého“ i za cenu jeho izolace od společenského okolí, často spojená i s příliš nízkými požadavky na dítě.

Dalším, poměrně častým nesprávným přístupem rodičů je **rezignace na výchovu a rozvíjení dítěte** a zaměření zájmu na co nejdokonalejší uspokojování jeho základních biologických potřeb. Opakem tohoto přístupu, který může být rovněž doveden do extrému, je **neúměrná snaha vychovat, vycvičit a „vycepovat“ dítě** tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků.

Nejvhodnější přístup spočívá asi **v umění přijmout a mít rád dítě takové, jaké je.** K dobrému a objektivnímu poznání svého dítěte, jeho vývojových možností, úrovně jeho schopností, hloubky a povahy postižení rodiče potřebují pomoc kvalifikovaných odborníků, především lékařů, psychologů a speciálních pedagogů.

Narození mentálně postiženého dítěte představuje pro rodinu a její blízké okolí velmi náročnou životní situaci. Záleží na vyspělosti a kulturnosti společnosti, jaké dokáže rodině nabídnout alternativy řešení, tak aby situace byla pro všechny zúčastněné strany co nejpríznivější, a aby postižený člen rodiny i jeho rodiče a sourozenci mohli prožít normální a spokojený život. (Švarcová, 1998, s.62-65)

2.1.9 PÉČE O JEDINCE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit. Veškeré terapeutické metody tudíž slouží k podpoře přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí, v němž žijí, včetně jejich rodiny.

Psychoterapie – mívá nejčastěji charakter kognitivně behaviorální terapie, cílem je rozvoj určitých dovedností a návyků. U lehce mentálně postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování, resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (daným obvykle také nápadnostmi jejich celkového projevu).

Práce s rodinou – je velmi důležitá, protože rodiče i sourozenci mentálně postiženého dítěte prožívají tuto situaci jako stresovou a mnohdy potřebují pomoc, aby se s ní vyrovnali. K tomuto účelu lze použít **rodinnou psychoterapii**. Užitečné jsou i svépomocné skupiny rodičů takto postižených dětí, jejichž terapeutický efekt spočívá v podpoře této skupiny, pocitu pochopení a sdílení obdobných problémů, mnohdy i v získání užitečných informací a zkušeností.

Socioterapie – pomáhá při začleňování mentálně postiženého jedince do společnosti a poskytuje pomoc jeho rodině, aby byla schopna plnit svoje úkoly. Tato podpora může mít různý charakter, může jít o různé sociální dávky, pomoc osobního asistenta, zařazení a dopravu do denního stacionáře apod.

Speciálně-pedagogickou pomoc – poskytují již v raném věku centra rané péče, speciálně-pedagogická centra, denní stacionáře i speciální školy a instituce. Jejich hlavním úkolem je podpora adekvátního rozvoje mentálně postiženého jedince. Ve školním věku je důležité vymezení všech předností i nedostatků mentálně postiženého dítěte, a na jeho základě stanovení individuálního výukového plánu, který by vycházel z předpokladů tohoto dítěte a nevedl ani ke stagnaci, ani ke zbytečnému stresu.

Farmakoterapie – je podpůrnou a doplňkovou léčbou, která se používá např. ke korekci poruch chování nebo k zlepšení koncentrace pozornosti. (Vágnerová, 2003, s.49)

Psychologické prostředí, výchova a vzdělávání, ekonomická a kulturní úroveň rodiny i společnosti, rodinné vztahy a způsob práce působí na dítě od nejútlejšího věku. Na duševním rozvoji dítěte se podílí celý soubor psychických podmínek, počínaje jednoduchými reflexně podmíněnými mechanismy až po láskyplnou péči o dítě a atmosféru bezpečí, spokojenosti a stability prostředí, jež dítě vnímá.

Výchovné zásady podle Vrzala, jak uvádí Švingalová (2003, s. 84):

„Dostatek lásky.

Dostatek úcty.

Dostatek vůle a snahy.

Dostatek porozumění a pochopení.

Dostatek informací a vědění o dítěti“.

Několik možných způsobů, kterými je možné pozitivně ovlivňovat vývoj sebevědomí a sebehodnocení jedince s mentálním postižením podle Mezery, jak uvádí Švingalová (2003, s. 84):

„Naslouchejte dítěti.

Povzbuzujte ho.

Využívejte při výchově a vzdělávání jeho dosavadních zkušeností.

Umožněte mu, aby zažilo při každé činnosti pocitu i toho sebemenšího úspěchu.

Chyby hledejte v úlohách, činnostech, nikdy ne v dítěti.

Zdůrazňujte přednosti dítěte.

Berte dítě takové, jaké je, ne takové, jaké byste ho chtěli mít.

Před kritickým hodnocením dítě vždy nejprve pochvalte.

Pochvalte dítě veřejně, ale veřejně nekritizujte. Kritizujte pak pouze konkrétní činy, chování, nikoli jeho osobu.

Věnujte pozornost silným stránkám osobnosti dítěte.

Nevšímejte si pouze slovních projevů dítěte, ale také neverbálních.

Dítě hodnotte jako jedinečnou a neopakovatelnou osobnost.

Snažte se zachovávat rovnováhu ve vzájemných vztazích, jednejte s dítětem jako s partnerem.

Tempo práce přizpůsobujte dítěti.

Cvičte dovednosti dítěte v každodenních situacích.

Postupné pokroky a úspěchy dítěte srovnávejte s jeho počátečními neúspěchy, nikoli např. se sourozenci.

V každodenních situacích ved'te dítě k tomu, aby za své jednání přebíralo zodpovědnost.

Hrajte s dítětem hru na začarovanou princeznu – prince, kteří se sami podílejí na vysvobození ze svých obtíží.

Dávejte dítěti najevo, že očekáváte od něho spíše úspěch a pokroky.

Učte dítě průbojnosti a samostatnosti.

Pomozte dítěti vytvořit vhodný vzor.

Naučte dítě pochválit nejen sebe, ale i ostatní“.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce na téma: „*Problematika dětí s mentálním postižením v předškolním věku*“ je průzkumného charakteru. Již z jejího názvu vyplývá, že průzkum byl prováděn u předškolních dětí s diagnózou lehké mentální retardace či jejími symptomy.

3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

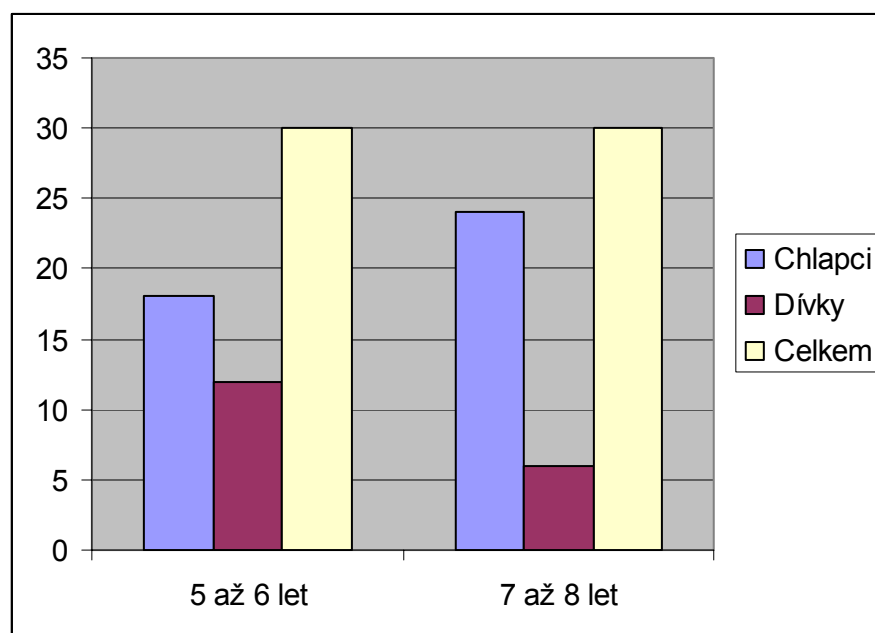
Cílem praktické části je analýza řečových a motorických obtíží u dětí s lehkým stupněm mentálního postižení v předškolním věku.

3.2 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Zkoumaný vzorek se skládá z celkového počtu 60 dětí předškolního věku, který je dále členěn v tabulce č.1 a grafu č.1.

Tabulka č. 1 – rozložení dětí dle věku a pohlaví

Věk	Chlapci	Dívky	Celkem
5 až 6 let	18	12	30
7 až 8 let	24	6	30



Graf č. 1 – rozložení dětí dle věku a pohlaví

3.3 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Vzorek 60 dětí byl zvolen zcela náhodně. Nejprve byly dotazovány vybrané mateřské školy na výskyt dětí s mentálním postižením a to na základě telefonických rozhovorů s ředitelkami mateřských škol. Mateřské školy, které potvrdily výskyt takto handicapovaných dětí byly následně požádány o spolupráci na bakalářské práci zabývající se problematikou dětí s mentálním postižením v předškolním věku. Žádost rovněž zahrnovala předběžnou dohodu mezi ředitelkou mateřské školy s rodiči dětí o poskytnutí souhlasu k vyšetření jejich dětí a manipulaci s osobními údaji.

Následovalo osobní setkávání s rodiči dětí s mentálním postižením na půdě mateřských škol a prezentace ohledně cíle bakalářské práce a způsobu získávání údajů. Rodičům byla nabídnuta přítomnost při vlastním orientačním vyšetření řeči a motoriky. Tuto možnost nikdo z rodičů nevyužil, stačila jim přítomnost odpovědné učitelky.

Získávání dat bylo časově velmi náročné a v některých případech i problematické a to především z hlediska anamnestických údajů týkajících se prenatalního, perinatálního a raného psychomotorického vývoje dětí. Spolupráci při samotném vyšetřování dětí se dařilo navázat ve všech případech.

Průběh získávání dat probíhal od září 2005 do listopadu 2005.

3.4 POUŽITÉ METODY

V bakalářské práci bylo využito orientační vyšetření řeči a motoriky, které vycházelo především z instrukcí a poznatků orientačního logopedického vyšetření (Tomická, 2004).

Použité metody:

- **studium spisové dokumentace**
- **rodinná a osobní anamnéza**
- **rozhovor**
- **orientační vyšetření řeči a motoriky**
- **pozorování**

Všechny uvedené údaje byly získány aplikací těchto metod. Rozhovor a pozorování byly využity pouze jako doplňující metody.

Studium spisové dokumentace je metoda, která je nedílnou součástí jiných metod, zejména anamnézy. Pomocí ní lze získat obvykle údaje (tzv. tvrdá data), která mívají vysokou míru objektivitu. (Švingalová, 2004, s. 21) Při studiu spisové dokumentace byly použity záznamy o dětech jako je přihláška, evidenční list a lékařské zprávy. Pomocí této metody byly získány anamnestické údaje.

Anamnéza znamená popis vývoje jedince od početí do současnosti. Jde o diagnostickou klinickou metodu, prostřednictvím níž jsou shromažďovány a analyzovány podstatné údaje a okolnosti o dosavadním vývoji jedince a jeho rodině. Podle charakteru informací se rozlišuje obvykle na **anamnézu rodinnou, osobní**, popř. sociální. (Švingalová, 2004, s. 18). Rodinná a osobní anamnéza probíhala rozhovorem s učitelkami a rodiči, dále pak studiem spisové dokumentace viz. příloha č. 1.

Rozhovor patří mezi explorativní metody a jedná se o ústní dotazování. Má dospět k formulaci problému klienta, toho, co dotazovaný nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout (popř. jeho rodina). Rozhovor je prostředkem vytvoření vztahu, spolupráce, která vede k potřebné změně. (Švingalová, 2004, s. 22)

Cílem rozhovoru bylo doplnit anamnestické údaje, které nebylo možné zjistit studiem spisové dokumentace ani nebyly známy učitelkám mateřských škol. Otázky na rodiče byly směřovány na těhotenství a průběh porodu, na vývoj řeči a motorický vývoj u dítěte (např. první slova, první věty, zvedání hlavy v poloze na bříšku, lezení, sezení, chůze viz. příloha č. 1).

Pro **orientační vyšetření řeči a motoriky** byla vymezena druhá část formuláře, jehož první část plněná na základě specifických rozhovorů s rodiči obsahovala anamnestické údaje o dítěti, především věk a pohlaví dítěte. Údaje o jeho rodině, matce, otci, sourozencích a zdravotním stavu byly zjišťovány v souvislosti s možnými rizikovými faktory, které mohly mít z hlediska dědičnosti vliv na vznik mentální retardace.

Rodiče dále byli dotazováni na průběh těhotenství a porodu. Účelem bylo zjistit, jaké rizikové faktory mohly mít vliv na vznik mentální retardace u dětí ze zkoumané skupiny v tomto období. Raný vývoj řeči a motoriky byl zkoumán proto, aby bylo možné doložit odchylky od normy, respektive opoždění ve vývoji. Do kolonky jiná sdělení byly zapisovány další informace o dítěti, např. výskyt specifických obtíží. Tyto obtíže sice nemají souvislost s vývojem řeči a motoriky u dětí s mentálním postižením, ale jsou závažným faktorem při výchovně vzdělávacím procesu v mateřské škole a v praxi je třeba s nimi počítat.

Druhá část záznamového formuláře byla koncipována pro vlastní vyšetření dítěte. Při pojmenovávání a popisování obrázků byla zjišťována úroveň aktivní slovní zásoby jednotlivých dětí a jejich výslovnost. Motorika mluvidel byla zjišťována pomocí motorických cviků (pohyblivost rtů a jazyka) viz. příloha č.1. Pomocí obrázkových dvojic příbuzných skupin hlásek, bzučáku, tvrdých a měkkých kostek byla zjišťována rozlišovací schopnost, tedy fonematický sluch dětí.

Úroveň hrubé motoriky byla testována chůzí a během mezi překážkami a chůzí po schodech. Problémy, které byly při těchto činnostech shledány, byly zaznamenány stručně ve vyhrazené kolonce.

Jemná motorika byla testována při navlékání trojího rozměru korálků. Zjištěné údaje byly zaznamenány do příslušné kolonky.

Poznámky je kolonka, kam byly zapisovány údaje jako např. vhodnost logopedické péče u dětí, které mají problémy v oblasti řeči a dosud nejsou v péči logopeda apod.

Zjištěné údaje jsou podrobně rozčleněny a vyjádřeny především v grafech a tabulkách v kapitole **3.6 Výsledky a jejich interpretace**.

3.5 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ

Předpoklady byly stanoveny během zpracování této bakalářské práce, po prostudování různých odborných zdrojů zabývajících se problematikou lehké mentální retardace. K jejich stanovení přispěly rovněž několikaleté zkušenosti z praxe.

Celkem byly stanoveny 3 základní předpoklady:

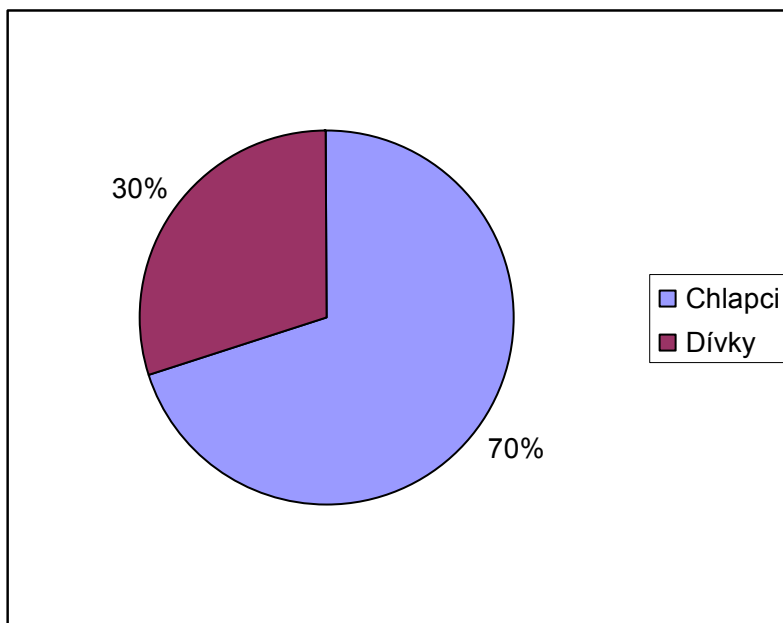
- 1. Lze předpokládat, že lehká mentální retardace se bude častěji vyskytovat u chlapců, než u dívek.**
- 2. Lze předpokládat, že motorické a řečové obtíže se budou souběžně vyskytovat minimálně u 90% zkoumaných respondentů.**
- 3. Lze předpokládat, že u většiny dětí se vyskytnou rizikové faktory v prenatální nebo perinatální anamnéze.**

3.6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Z vyšetřeného vzorku 60 dětí s lehkou mentální retardací bylo 42 chlapců a 18 dívek. Výsledky demonstrují pouze úroveň aktuální zkoumané skupiny, nelze je generalizovat na celý základní soubor. Poměr rozložení zkoumané skupiny dle pohlaví procentuálně vyjadřuje tabulka č.2 a graf č.2.

Tabulka č. 2 – výskyt lehké mentální retardace dle pohlaví

Pohlaví	Počet dětí
Chlapci	42
Dívky	18
Celkem	60



Graf č. 2 – výskyt lehké mentální retardace dle pohlaví

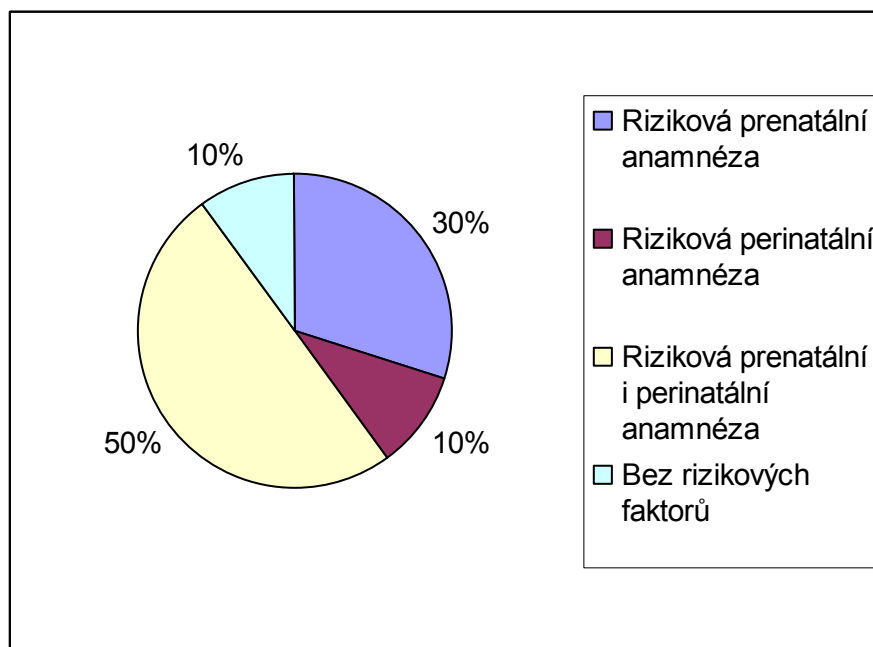
První předpoklad, že lehká mentální retardace se bude častěji vyskytovat u chlapců, než u dívek, se zcela jednoznačně potvrdil.

Následující tabulka č.3 a graf č.3 uvádí procentuální poměr dětí s rizikovou prenatální a perinatální anamnézou a dětí bez problémů v prenatální či perinatální anamnéze.

Do rizikové prenatální a perinatální anamnézy byly zahrnovány údaje, které v období těhotenství a porodu mohly zapříčinit vznik mentální retardace u dětí ze zkoumané skupiny. U poloviny dětí vybrané skupiny byl zaznamenán více než jeden faktor a to v obou uvedených obdobích. Rizikové faktory alespoň v jednom z dotazovaných období se objevily celkem u 54 zkoumaných respondentů, což ve vybraném vzorku činí 90% dětí.

Tabulka č. 3 – rizikové faktory pro vznik lehké mentální retardace

Rizikové faktory v anamnéze	Počet dětí
Riziková prenatální anamnéza	18
Riziková perinatální anamnéza	6
Riziková prenatální i perinatální anamnéza	30
Bez rizikových faktorů	6
Celkem	60



Graf č. 3 – rizikové faktory pro vznik lehké mentální retardace

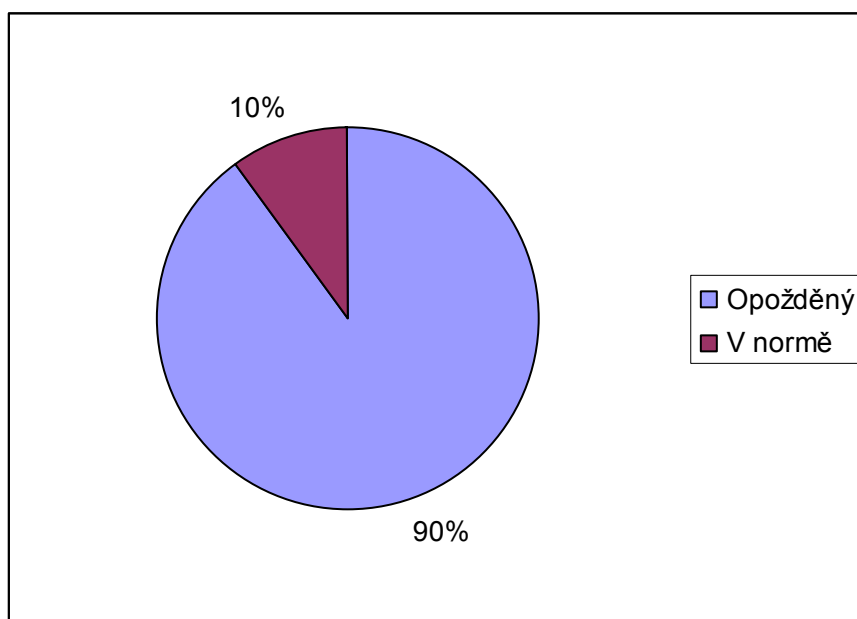
Předpoklad, že u většiny dětí se vyskytnou rizikové faktory v prenatální nebo perinatální anamnéze, se potvrdil.

MOTORIKA

Další průzkum ve vybrané skupině byl zaměřen na raný motorický vývoj. Byly zde zjišťovány údaje o motorickém vývoji dítěte od narození. Především se jednalo o počátky samostatného sezení a samostatné chůze. V 8. – 9. měsíci dítě samostatně sedí. (Gutvirth, 1984, s. 49) Většina dětí začala sedět mezi 10. – 12. měsícem života a chodit okolo 16. – 18. měsíce života, a jestliže jsme vycházeli z normy, tj. počátky sezení v 8. – 9. měsíci a chůze datované okolo 12. měsíce života (Švingalová, 2003, s. 32), lze konstatovat opožděný vývoj. Procentuálně je raný motorický vývoj zkoumané skupiny znázorněn tabulkou č.4 a grafem č.4.

Tabulka č. 4 - raný motorický vývoj

Vývoj	Počet dětí
Opožděný	54
V normě	6
Celkem	60



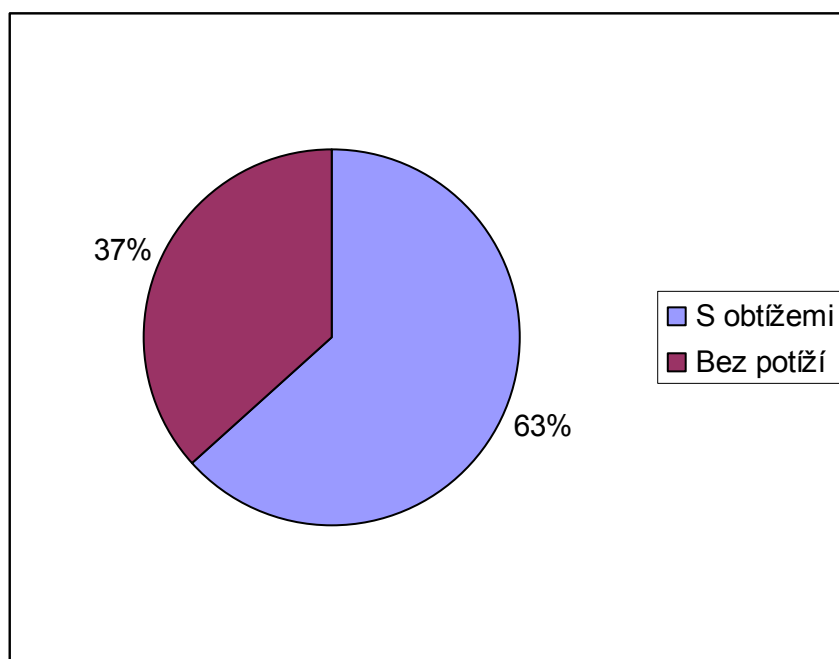
Graf č. 4 – raný motorický vývoj

U 90% zkoumaných respondentů se datovaly počátky sezení mezi 10. – 12. měsícem a počátky chůze mezi 16. – 18. měsícem života. Z toho 48 dětí mělo výrazně opožděný vývoj sezení i chůze a 6 dětí mělo mírně opožděné sezení (na počátku 10. měsíce) a chůze (okolo 16. měsíce).

Další šetření bylo zaměřeno na rozvoj hrubé motoriky, který je znázorněn v tabulce č.5 a v grafu č.5. Jak již bylo dříve uvedeno hrubá motorika byla testována pomocí chůze a běhu mezi překážkami a chůzí po schodech. Obtíže v hrubé motorice se projevovaly především při chůzi po schodech. Do hrubé motoriky s obtížemi byly zařazeny děti pokud nezvládly chůzi, běh nebo chůzi po schodech. Dítě zvládá chůzi do schodů a se schodů se střídáním obou nohou ve čtyřech letech a tím je vývoj chůze zcela ukončen. (Švingalová, 2003, s. 33)

Tabulka č. 5 – obtíže v hrubé motorice

Hrubá motorika	Počet dětí
S obtížemi	38
Bez potíží	22
Celkem	60

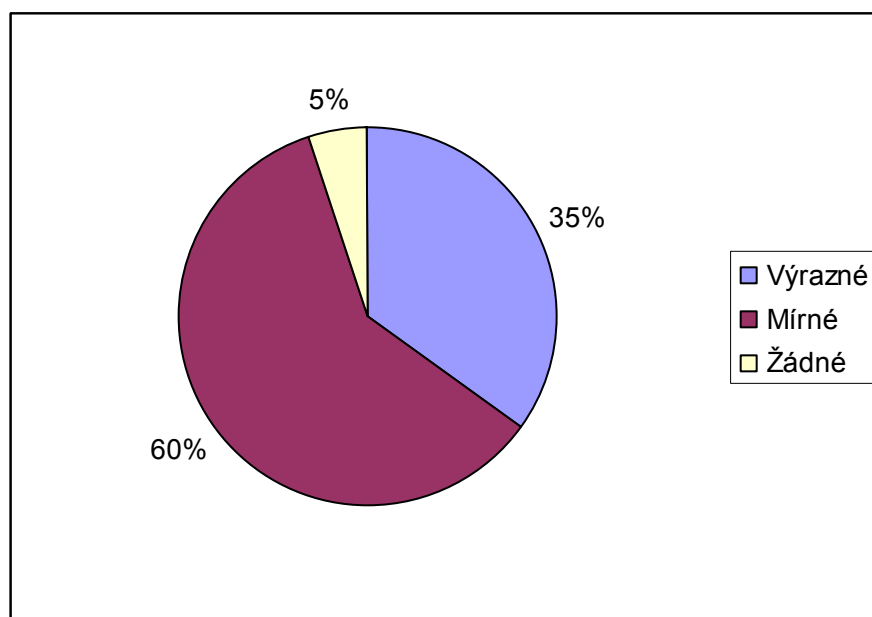


Graf č. 5 – obtíže v hrubé motorice

Jemná motorika byla u vybraného vzorku dětí testována pomocí trojího rozměru korálků (o průměru 2,5 cm, 1 cm a 0,5 cm), kdy dětem byly postupně předkládány korále rozdílného průměru. Děti byly následně pozorovány při manipulaci s těmito korálky a v souvislosti se stupňující náročností se objevovaly odchylky v jemné motorice. Motorické obtíže jsou členěny a znázorněny v tabulce č.6 a grafu č.6.

Tabulka č. 6 – obtíže v jemné motorice

Obtíže v jemné motorice	Počet dětí
Výrazné	21
Mírné	36
Žádné	3
Celkem	60



Graf č. 6 – obtíže v jemné motorice

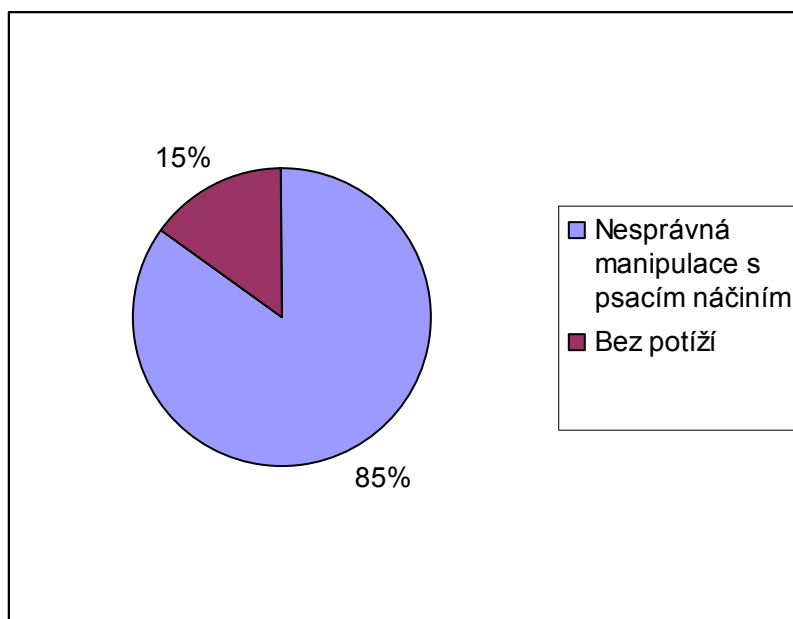
Jak vyplývá z grafu č.6 a tabulky č.6, obtížemi v jemné motorice lehčího rázu trpí 36 dětí, což je 60%, těžším stupněm motorických obtíží trpí 21 dětí, tedy 35% a pouze 3 děti, tedy 5% ze zkoumané skupiny nevykazovaly žádné obtíže v jemné motorice. Do kategorie „výrazné obtíže v jemné motorice“ byly zařazeny děti, které měly problém při navlékání velkých korálků o průměru 2,5 cm. Do kategorie „mírné obtíže v jemné motorice“ byly zařazeny děti, které navlékly velké korálky bez potíží a s obtížemi středně velké korálky o

průměru 1 cm. Žádné obtíže neměly 3 děti, které navlékly i korálky o průměru 0,5 cm, tedy korále všech předkládaných rozměrů bez potíží.

Úroveň jemné motoriky lze zcela spolehlivě demonstrovat na používání psacího náčiní, jak je s ním správně manipulováno, zda je jeho úchop správný, tlak vyvinutý na něj při psaní apod. K tomuto procesu je třeba, aby byla zvládnuta koordinace zrakového analyzátoru a ruky včetně paže. Potíže dětí s mentálním postižením při psaní jsou znázorněny v tabulce č.7 a grafu č.7.

Tabulka č. 7 – manipulace s psacím náčiním

Manipulace s psacím náčiním	Počet dětí
Nesprávná manipulace s psacím náčiním	51
Bez potíží	9
Celkem	60



Graf č. 7 – manipulace s psacím náčiním

Graf č.7 a tabulka č.7 ukazuje, že nesprávný úchop psacího náčiní byl zjištěn u 51 zkoumaných respondentů, tedy u 85%. Pouze u 9 testovaných dětí, tedy u 15% nebyly žádné obtíže viditelné.

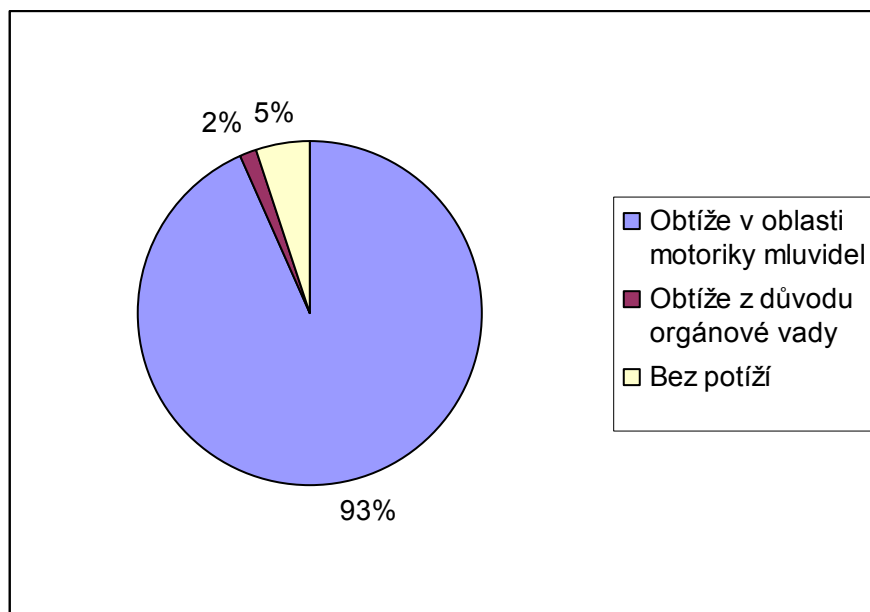
ŘEČ

Orientační vyšetření řeči u dětí bylo zaměřeno na motoriku mluvidel, raný řečový vývoj, úroveň slovní zásoby a na úroveň fonemického sluchu.

Cílem zkoušky motoriky mluvidel bylo zjistit pohyblivost mluvidel podílejících se na artikulaci hlásek. Dětem před zrcadlem byly předváděny cviky rtů a jazyka. Výsledky byly sledovány a zapisovány. Při orientačním vyšetření motoriky mluvidel bylo zjištěno, že převážná většina dětí má obtíže v oblasti motoriky mluvidel, jedno dítě neumí mluvidla správně používat v důsledku orgánové vady a tři děti nemají prakticky žádné motorické obtíže. Tyto údaje znázorňuje tabulka č.8 a graf č.8.

Tabulka č. 8 – motorika mluvidel

Motorika mluvidel	Počet dětí
Obtíže v oblasti motoriky mluvidel	56
Obtíže z důvodu orgánové vady	1
Bez potíží	3
Celkem	60



Graf č. 8 – motorika mluvidel

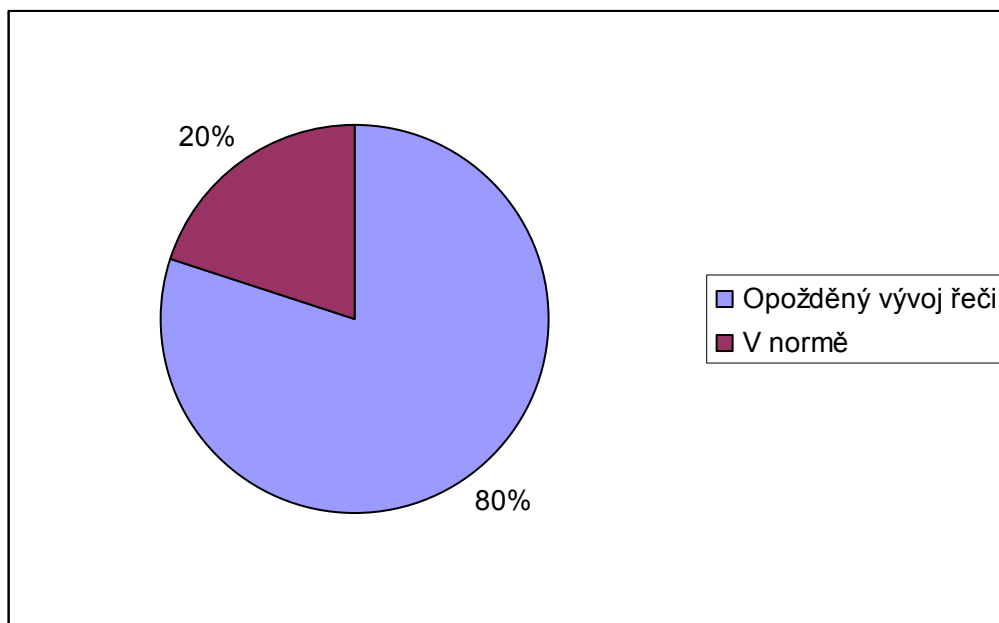
Graf č.8 a tabulka č.8 ukazují, že obtíže v motorice mluvidel má celkem 57 dětí, tedy 95%.

V oblasti raného řečového vývoje byl zaznamenán u většiny dětí opožděný vývoj řeči. Procentuálně to zobrazuje tabulka č.9 a graf č.9.

Opožděný vývoj řeči vychází z normy vlastního vývoje řeči, která se datuje okolo 12 – 18 měsíce života dítěte. Mezi 2. a 3. rokem již dítě mluví ve větách. Jestliže se vývoj opozdí a dítě je zdravé, slyší, duševní vývoj je normální, není postižena motorika, nejsou porušeny řečové orgány, když prostředí přiměřeně stimuluje vývoj řeči a dítě přiměřeně reaguje na podněty z prostředí – mluvíme o prodloužené fyziologické nemluvnosti. Pokud ve třech letech dítě nemluví nebo mluví méně než ostatní děti v tomto věku, jde o opožděný vývoj řeči. (Klenková, 2000, s. 18)

Tabulka č. 9 – raný řečový vývoj

Raný vývoj řeči	Počet dětí
Opožděný vývoj řeči	48
V normě	12
Celkem	60



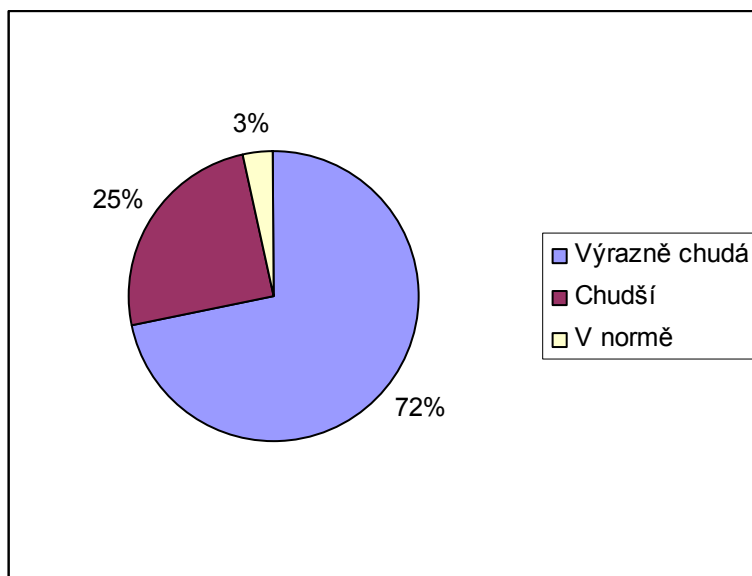
Graf č. 9 – raný řečový vývoj

Tabulka č.9 a graf č.9 ukazuje, že raný vývoj řeči byl opožděný u 48, tedy v 80% zkoumaných dětí, u zbylých 12 dětí, tj. u 20% byl raný řečový vývoj v normě.

Následující zkouška, která byla provedena, byla zaměřena na zjištění stavu slovní zásoby dětí. Dětem byly předkládány obrázky, ke kterým se měly samostatně vyjadřovat. Děti byly při svém projevu pozorovány. Důraz pozorování byl kladen na používání aktivní řeči, zda dítě mluví ve větách nebo popisuje pouze slovně. Informace, jež přímo vyplynuly z pozorování, byly ještě dále doplněny o údaje, které uvedli rodiče nebo učitelky mateřských škol, v jejichž péči se děti nacházejí. Následující tabulka č.10 a graf č.10 ukazuje úroveň slovní zásoby u dětí s lehkou mentální retardací.

Tabulka č. 10 – slovní zásoba u dětí s lehkou mentální retardací

Úroveň slovní zásoby	Počet dětí
Výrazně chudá	43
Chudší	15
V normě	2
Celkem	60



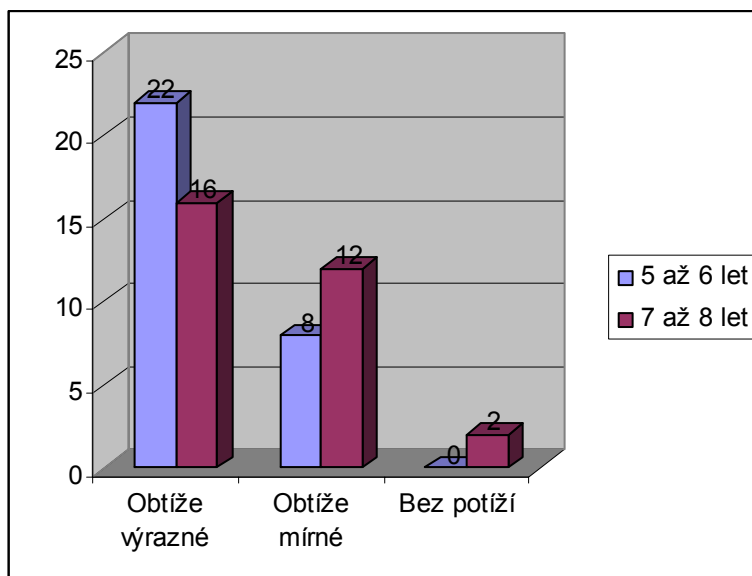
Graf č. 10 – slovní zásoba u dětí s lehkou mentální retardací

Tabulka č.10 a graf č.10 znázorňuje aktuální úroveň slovní zásoby dětí ze zkoumané skupiny. Výsledky demonstrují, že normální stav se vyskytuje pouze u 2 dětí, tedy u 3% respondentů. 58 dětí, tedy 97% vykazuje chudší nebo výrazně chudou slovní zásobu. Z toho 43 dětí tj. 72%, se projevuje výrazně chudou slovní zásobou. Normální stav znamená, že dítě pojmenuje jednotlivé obrázky, určí vlastnosti a vztahy mezi předměty, chápe nadřazené a podřazené pojmy, protiklady, souvislosti, přirovnání. Hovoří v rozvinutých větách, používá gramaticky správnou řeč. Dítě s chudší slovní zásobou dokázalo hovořit v jednoduchých větách, popsat vlastnosti předmětů, ale vážlo chápání nadřazených a podřazených pojmů. Dítě s výrazně chudou slovní zásobou mluví v jednoslovných, dvouslovných výrazech, nepostihne souvislosti, vlastnosti předmětů, nemluví gramaticky správně.

Další část orientačního vyšetření bylo zaměřeno na úroveň fonemického sluchu. Tyto údaje znázorňuje tabulka č.11 a graf č.11.

Tabulka č. 11 – fonemický sluch

Věk	Fonemický sluch			Celkem
	Obtíže výrazné	Obtíže mírné	Bez potíží	
5 až 6 let	22	8	0	30
7 až 8 let	16	12	2	30



Graf č. 11 – fonemický sluch

Tabulka č.11 a graf č.11 ukazují na úroveň rozvinutosti fonemického sluchu u dětí ze zkoumané skupiny. Zde je názorně vidět, že děti 7 až 8 leté jsou v této oblasti lépe vybaveny, než děti 5 až 6 leté. Zatímco u 5 až 6 letých dětí mělo výrazné obtíže ve fonemickém sluchu 22 dětí, u 7 až 8 letých je to již jen 16 dětí. Mírné obtíže ve fonemickém sluchu mělo ve skupině 5 až 6 letých 8 dětí a u 7 až 8 letých již 12 dětí. Bez potíží byly pouze 2 děti, obě ze skupiny 7 až 8 let.

U 5 až 6 letých dětí:

Rozlišování přírodních zvuků – pomocí obrázků (učitel zvolí zvuk a dítě vybere správný obrázek a opačně, např. had – sss, vlak – ššš, kravička - bū apod.)

Rytmizace slov na slabiky – tleskáním (roztleskáme slova dvouslabičná, tříslabičná, čtyřslabičná), s bzučákem rytimizujeme slabiky s dlouhou samohláskou např. máma, papá apod.

Hra na kouzelná slovíčka – dítě akusticky rozlišuje zda jsou dvojice slov rozdílné či shodné, např. pes a pes. Jsou to dvě stejná slova? Pes a pus. Jsou to dvě stejná slova? (pes – pec, kosa – koza apod.)

U 7 až 8 letých dětí: (to samé, co u 5 až 6 letých)

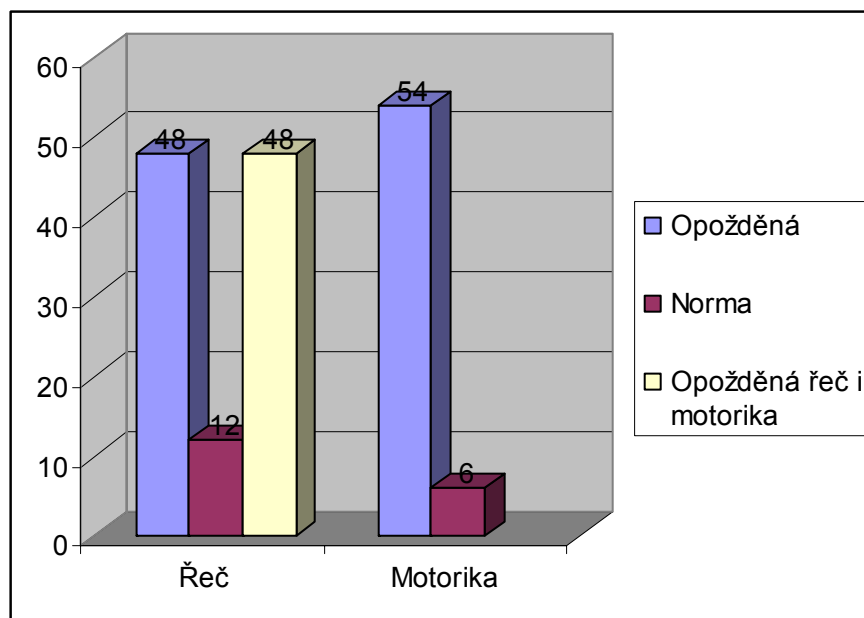
Rozlišování měkkých a tvrdých slabik – pomocí měkké a tvrdé kostky (dik-dyk, těl-tel, den-den...).

Hra slovní kopaná – zvolíme slovo (nejlépe končící na souhlásku) – dítě určí poslední souhlásku a pokusí se vymyslet nové slovo začínající danou souhláskou např. palec – citron...

V tabulce č.12 a grafu č.12 je zaznamenáno srovnání raného motorického vývoje a raného řečového vývoje. V obou případech převládá opožděný vývoj řeči a motoriky. A u kolika dětí se vyskytuje souběžně opožděný raný řečový i motorický vývoj.

Tabulka č. 12 – raný řečový a motorický vývoj

	Raný řečový a motorický vývoj		
	Opožděná	Norma	Opožděná řeč i motorika
Řeč	48	12	48
Motorika	54	6	



Graf č. 12 – raný řečový a motorický vývoj

U grafu č.12 si lze všimnout, jak řeč a motorika spolu přímo souvisí. Lze říci, že u většiny dětí s mentálním postižením je opožděný řečový i motorický vývoj. To znamená, že opožděná řeč byla zjištěna u 48 dětí tj. v 80%, opožděná motorika u 54 dětí tj. v 90%. V normě bylo u řeči 12 dětí tj. 20% a u motoriky 6 dětí tj. 10%. Opožděná řeč i motorika byla u 48 dětí, tedy u 80%.

Souvislost motorických a řečových obtíží u dětí ze zkoumané skupiny je evidentní, avšak předpoklad, že motorické a řečové obtíže se budou souběžně vyskytovat minimálně u 90% zkoumaných respondentů se nepotvrdil.

3.7 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI A DISKUSE

V této kapitole budou shrnuty jednotlivé poznatky, které byly sledovány u vybraných 60 respondentů předškolního věku s lehkou formou mentálního postižení.

První z předpokladů předjímal, že lehká mentální retardace se bude častěji vyskytovat u chlapců, než u dívek. Tento předpoklad se zcela potvrdil. Lehkou mentální retardací trpí 70% chlapců a 30% dívek ze zkoumané skupiny, jak ukazuje *graf č.2*. První stanovený předpoklad, že lehká mentální retardace se bude častěji vyskytovat u chlapců, než u dívek, se zcela jednoznačně potvrdil. S tímto závěrem se setkáváme i v literatuře, např. v publikaci Černé M. (1995, s. 22), která udává: „Dvou až tříprocentní výskyt mentální retardace s nerovnoměrným rozložením vzhledem k hloubce postižení i vzhledem k pohlaví (**větší výskyt u mužů**)“.

Druhý z předpokladů předjímal, že motorické a řečové obtíže se budou souběžně vyskytovat minimálně u 90% zkoumaných respondentů. Jestliže se tedy u 90% dětí vyskytuje opožděný motorický vývoj, u 80% opožděný vývoj řeči, u 80% opožděný řečový i motorický vývoj, u 72% výrazně chudá slovní zásoba, u 93% obtíže v oblasti motoriky mluvidel, u 63% obtíže v hrubé motorice, u 60% mírné obtíže v jemné motorice, u 85% nesprávná manipulace s psacím náčiním a u převážné většiny dětí jsou obtíže ve fonematickém sluchu, můžeme konstatovat, že předpoklad se nepotvrdil, ale procentuálně se mu velmi přibližuje. Tyto výsledky jsou shrnuty v grafech: *graf č. 4 – 12*. Druhý předpoklad, že motorické a řečové obtíže se budou souběžně vyskytovat minimálně u 90% zkoumaných respondentů se nepotvrdil, neboť s motorickými obtížemi se aktuálně potýkalo 63% zkoumaných respondentů vybrané skupiny v oblasti hrubé motoriky, 60% v oblasti jemné motoriky, i když v této oblasti se nejednalo o obtíže výrazné, a 93% v oblasti motoriky mluvidel. 93% respondentů potýkajících se s problémy v motorice mluvidel poukazuje na přímou souvislost oblasti motoriky s oblastí řeči, neboť motorika mluvidel má přímou souvislost s artikulací. Jak uvádí Lechta (2002, s. 89): „Poruchy řeči jsou u dětí s mentální retardací několikanásobně častější, než v intaktní populaci. U žáků zvláštních mateřských škol jsme poruchy řeči zjistili prakticky u všech dětí“. Lechta (2002, s. 96) dále uvádí: „Poněvadž mentální retardace je často kombinovaná s poruchou sluchu a

motoriky, narušení řeči se tím znásobuje. Narušená schopnost fonematické diferenciacie je u těchto dětí téměř pravidlem. Proto je třeba vedle „*klasické*“ logopedické práce věnovat velkou pozornost rozvoji sluchové diferenciacie a motoriky artikulačního aparátu. Pokud jde o motoriku, z logopedického aspektu je nejdůležitější rozvíjení motoriky mluvních orgánů, zejména v rámci přípravných cvičení“.

Třetí z předpokladů předjímal, že u většiny dětí se vyskytnou rizikové faktory v prenatální nebo perinatální anamnéze. Riziková prenatální i perinatální anamnéza se potvrdila u 50% zkoumaných dětí, riziková jen prenatální anamnéza u 30% a riziková jen perinatální u 10% zkoumaných dětí, což je celkem u 90% dětí, jak uvádí *graf č. 3*. Lze tedy říci, že třetí předpoklad se potvrdil. Třetí předpoklad, že u většiny dětí se vyskytnou rizikové faktory v prenatální nebo perinatální anamnéze byl zaznamenán u 90% zkoumaných dětí. Předpoklad se tedy potvrdil. Při stanovení tohoto předpokladu bylo vycházeno z praktických zkušeností.

Vzhledem k tomu, že takto stanovené předpoklady byly vybrány již s určitou předešlou teoretickou i konkrétní praktickou zkušeností autorky této bakalářské práce s problematikou dětí postižených lehkou mentální retardací, bylo jejich potvrzení spíše pravděpodobné.

4 ZÁVĚR

Přínos této práce lze spatřovat především jako v materiálu, který lze považovat za využitelný pro učitelky mateřských škol a jejich práci ve vztahu k dětem s lehkou mentální retardací. Výsledky demonstrují pouze úroveň aktuální zkoumané skupiny, nelze je generalizovat na celý základní soubor.

Jak již bylo výše zmíněno, tato práce by měla blíže nastínit problémy dětí s lehkou mentální retardací a pomoci učitelkám mateřských škol, jak s těmito dětmi pracovat a správně postupovat při výchově a vzdělávání, čeho je potřeba se vyvarovat a co naopak v praxi aplikovat. Neustálé zlepšování povědomí pedagogické veřejnosti v oblasti této problematiky je důležité pro předcházení a účinnou reedukaci problémů spojených s lehkou mentální retardací. Osobní přínos této práce je spatřován v prohloubených vědomostech z oboru mentální retardace a bude sloužit k co nejlepšímu využití v praxi.

Kromě některých nových teoretických poznatků a zopakování si již známých a praxí ověřených vědomostí bude nutné se zamyslet nad věcmi, které podvědomě zcela samozřejmě cítíme. Bylo možné si své myšlenky lépe utřídit a ověřit si své praktické působení teoretickými podklady. Mnohem více, než kdy jindy si uvědomujeme, že práce speciálního pedagoga je mimo jiné specifická tím, že postoj k dítěti, jeho pojetí a individuální přístup k němu jsou základním a nezbytným předpokladem pro její vykonávání.

Dále je důležitá **pochvala a povzbuzení**, snažit se dítěti dát první úkol tak lehký, aby ho zvládlo a mohlo být pochváleno i za sebemenší úspěch a mělo motivaci k plnění dalších úkolů, to znamená **úspěšný počáteční krok**. Dále mít **kladný vztah k vychovávanému**, být dítěti dobrým vzorem. U dětí s mentálním postižením je důležité neustálé opakování činností, **posloupnost a pravidelnost**, tyto děti nemají rády změny, vyhovuje jim ustálený postup práce, pocit jistoty a spokojenosti. Nepravidelnost a změny požadavků u nich vyvolává nervozitu, podrážděnost a neklid. Nesmíme zapomenout na střídání činností, relaxaci, tedy střídání **práce a odpočinku**.

Podle vývojově individuálních kritérií je třeba postiženému dítěti sestavit výchovně vzdělávací plán tzv. „na míru“.

Je potřeba zaměřit se **na časnou prevenci a nápravu**, neboť obě tyto činnosti mohou podstatně zlepšit důsledky postižení.

Nenechat se odradit výchovnou náročností, toto by mělo být chápáno jako povzbuzení pro pedagogy, neboť pracovat s dítětem mentálně retardovaným je často velmi nesnadné a náročné, dostavování úspěchů je mnohem pomalejší, než u zdravých dětí, ale úspěch bývá o to cennější a radost z něj větší.

Konkrétním přínosem této práce je objasnit učitelkám mateřských škol problematiku lehké mentální retardace a na základě těchto poznatků nastínit, jak s dítětem s lehkou mentální retardací zacházet, čemu je potřeba předejít apod. K tomuto účelu jsou zde v kapitolách 2.1.7 a 2.1.9 zformulovány zásady a metody výchovně vzdělávacího procesu dětí s lehkou mentální retardací.

Projevy takto postižené populace je třeba chápat právě proto, aby nebyly zaměňovány s projevy vzdoru apod. Je třeba chápat, že nelze dítě s mentálním postižením posuzovat dle fyzického vzhledu ve smyslu fyzického věku, ale vycházet z věku mentálního, tedy aktuální úrovně daného klienta. Je nutné si rovněž uvědomit, že projevy, jako je např. agresivita se u takto postižených mohou vyskytovat častěji a mohou s mentální retardací přímo souviset.

Cílem tohoto textu je poukázat na obtíže a projevy, které s mentální retardací souvisí a v kapitole **5 Navrhovaná opatření** najít prostředky, jak některé obtíže odstranit, nebo alespoň zmírnit.

Cílem praktické části bylo zmapování a analýza řečových a motorických obtíží u dětí s mentálním postižením v předškolním věku.

Cílem této bakalářské práce byla snaha o jakýsi ucelený pohled na problematiku postižení lehkou mentální retardací a měla by napomoci ukázat učitelkám mateřských škol cestu, jakým způsobem je možné co nejúčinněji pracovat s takto indisponovaným dítětem a rozvíjet ho.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Je třeba se zaměřit na prevenci a včasnou nápravu odchylek v řeči u dětí s mentálním postižením. V praxi to znamená nejen individuální logopedickou péči v podobě procvičování jednotlivých hlásek dle potřeb dítěte a pod odborným vedením logopeda, ale i rozvoj fonemického sluchu, rozvoj slovní zásoby, jak aktivní, tak i pasivní, rozvoj artikulační obratnosti a rovněž nácvik správného bráničního dýchání. K tomuto účelu již v dnešní době existuje nepřeberné množství materiálu, který je běžně dostupný.

Jedná se o materiál knižní, který radí pedagogům, jak správně jednotlivé oblasti rozvíjet a také o nejrůznější praktické pomůcky a hračky, které jsou k tomuto účelu nezbytné. Z nekonečného výčtu je možné uvést logopedický materiál v podobě dějových obrázků, obrázky pro nácvik jednotlivých hlásek, logopedické kostky, zrcadlo apod.

Pro rozvoj fonemického sluchu je vhodný bzučák, rytmické nástroje (dřívka, bubínek, činelky, triangel ...), klavír aj. – děti hádají, co hraje. Hra s obrázky – předkládáme dětem obrázky, které se liší jedním fonémem např. kosa-koza, myška-miska. Hra na ozvěnu – předřikáváme slova rozložená na slabiky a děti opakuji celá slova, např. ko-lo, kolo, má-ma, máma, (můžeme si pomáhat vytleskáváním).

Pro nácvik bráničního dýchání lze využít píšťalky, nafukovací balónky, větrníky, pingpongové míčky, kuličky z papíru, peříčka a další pomůcky. Děti vedeme k hlasové hygieně – nepřekřikovat se, šetřit hlasivky, nezdržovat se v zakouřené místnosti, neodkašlávat naprázdno, v létě nepít příliš studené nápoje, v zimě nemluvit dlouho v mrazivém počasí.

Nejprve učíme děti nádech a výdech – např. přivoníme ke květině (nádech – bez zvedání ramen), výdech – např. vlak houká – úúúúúúú, auto houká – túúúúúúú (co nejpomalejší výdech). Hra na kopanou – foukáme do malých míčků (na ping pong nebo z měkkého papíru).

Na rozvoj motoriky mluvidel využijeme cvičení na pohyblivost rtů, čelisti, jazyka a měkkého patra.

Rty:

- zaokrouhlování rtů – vyslovujeme u-o, u-o,
- polibek na hřbet ruky,
- smějeme se „jako sluníčko“ – rty jsou zaostřeny,
- nafukování tváří, střídavé „přelévání“ vzduchu z jedné tváře do druhé.

Čelist:

- plynule spouštět a zvedat čelist, jazyk leží na dně dutiny ústní,
- žvýkání „jako kravička“.

Jazyk:

- vypláznout široký, placatý z dutiny ústní,
- olíznout rty, které před tím můžeme potřít např. čokoládou,
- vytvořit z jazyka trubičku,
- „kartáček na zuby“ – otevřená ústa, jazyk jezdí po horních a dolních zubech.

Měkké patro:

- pití vody slámkou,
- foukat do bublifuku apod.

Vše provádíme zábavnou, hrovou formou.

V neposlední řadě je třeba zaměřit pozornost na rozvoj **motoriky a grafomotoriky**. Cvičení na rozvíjení hrubé a jemné motoriky jsou v dnešní době prováděna ve všech mateřských školách za použití běžných pomůcek a materiálů, které si může každý obstarat běžně i pro domácí péči. **Hrubá motorika** zahrnuje pohyblivost celého těla. Cvičení hrubé motoriky provádíme při chůzi, běhu, poskocích, při hrách s míči. Např. – chůze v rytmu, poskoky na jedné noze, na obou nohách, kroužení pažemi, házení míče střídavě jednou a druhou rukou, podlézání pod lanem apod. **Cvičení jemné motoriky** ruky a prstů je stejně důležité jako rozvíjení celkové motoriky. Vyplývá to nejen z potřeby připravit dítě na psaní, ale i z úzké souvislosti funkce ruky a řeči. Např. cvičení na rozvíjení jemných pohybů prstů – (prsty pravé ruky se postupně dotýkají prstů levé ruky, utvoříme „brýle“ – dva kroužky z palce a ukazováčku obou rukou a spojit je, přiložit obě dlaně k sobě – široce roztáhnout prsty „stromy“ apod.). K rozvíjení jemné motoriky využíváme také kreslení, malování, modelování (kreslíme na velký formát papíru, hněteme a mačkáme plastelínu...). Vhodné jsou i hry se stavebnicemi typu Lego, mozaiky, nejrůznější puzzle, korálky apod. Ale i sebeobslužná činnost – zapínání knoflíků, zavazování tkaniček apod. To samé platí i o **grafomotorických cvičeních**, které má však u mentálně postižených svá specifika. Jde především o častější problémy s křečovitým držením psacího náčiní a

nesprávným tlakem na něj. Tyto potíže bývají způsobeny horší motorikou u dětí s mentálním postižením. Grafomotorická cvičení jsou řízená pohybová cvičení vedoucí horní končetiny, při čemž je pohyb zaznamenán graficky. Začínáme pohybem vedeným z ramenního kloubu, vstojе, na velkou svislou plochu papíru před tělem dítěte. Dítě pracuje nejprve celou paží. (Pro začátek je vhodné používat tabule a křídly, potom velký formát papíru, postupně přecházet na menší formát.) Cviky provádíme nejdříve celou paží, později prstem, nakonec na papíře. Např. – čmárání jedním směrem – „z komína se kouří“, čmárání oběma směry – „kočka honí myšku“, kroužení jedním směrem – „melu, melu kávu“, oblouk horní opakovaně – „včela létá na kytky“ apod. Všechna cvičení můžeme rytmitizovat jednoduchými říkadly. Např. „*Kreslím, kreslím kuličku, do ní jednu maličkou, dvě ouška, dvě očička, je tu malá kočička.*“ Grafomotorická cvičení rovněž usnadňují tzv. pískovny, které jsou kromě klasických grafomotorických cvičení prováděných na papír výhodné tím, že vylučují nezdařilá díla a mají tedy kromě procvičujícího efektu také povzbudivý, motivační účinek. Navíc bývají pro děti zábavnější.

Důležitá je také prevence v prenatálním období. Prenatální diagnostiku reprezentuje zejména amniocentéza (tj. odběr plodové vody) a choriocentéza (tj. odběr pupečnickové krve prováděný zejména v druhé polovině těhotenství, nejčastěji u Rh imunizace nebo jiných závažných stavů, kdy hrozí výměna krve u plodu). Tyto metody mají velký význam při odhalení Downova syndromu, Lesch-Nyhanova syndromu a některých metabolických poruch. Vyšetření ultrazvukem může pomoci odhalit především anatomické anomálie v prenatálním období. Důležitá je také dokonalá péče o těhotné matky, zejména s rizikovým těhotenstvím. Dále pak zodpovědnost každé potenciální matky (ale i otce) a těhotné ženy k těhotenství. Je třeba rozumně dodržovat zásady správné životosprávy a respektovat doporučení lékařů.

Z hlediska rodiny je důležité především kladné přijetí dítěte i s jeho handicapem a stimulace dítěte v rámci jeho individuálních možností a schopností. Dítě s mentálním postižením potřebuje mít pocit ochrany a bezpečí, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení. Podstatná je rovněž spolupráce rodičů s odborníky (klinickým logopedem, psychologem, neurologem...) a pedagogickými pracovníky.

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ČERNÁ, Marie. *Cvičíme s mentálně postiženými dětmi*. 1. vyd. Praha: SPN, 1977. 88 s.
- ČERNÁ, Marie, NOVOTNÝ, Josef, STEJSKAL, Bohumil, ZEMKOVÁ, Jaroslava. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: UK, 1995. 83 s. ISBN 80-7066-899-7
- FRANČEOVÁ, Eva. *Deník mého syna – nebyl jsem vyřazen ze života*. 1. vyd. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2002. 108 s. ISBN 80-211-0418-x
- GUTVIRTH, Jaroslav, a kol. *Základy dětského lékařství pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: SPN, 1984. 376 s.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 94 s. ISBN 80-85931-88-5
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie II a III*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 101 s. ISBN 80-85931-62-1
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Defektologický slovník*. 1. vyd. Praha: SPN, 1978. 480 s.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5
- MACHOVÁ, Jitka, TREFNÝ, Zdeněk. *Poruchy vývoje v předškolním věku*. Praha: UK, 1991. 105 s. ISBN 80-7066-442-8
- MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: SPN, 1987. 128 s.
- MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: MU, 1997. 199 s. ISBN 80-210-1009-6
- MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5
- MOUSSOVÁ HADJ, Zuzana. *Úvod do speciálního poradenství*. 1. vyd. Liberec: TU, 2002. 77 s. ISBN 80-7083-659-8
- MRÁZOVÁ, Eva. *Úvod do studia speciální pedagogiky*. 1. vyd. Ústí nad Labem: PF-UJEP, 1998. 95 s. ISBN 80-7044-168-2
- MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6
- ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana a kol. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 1997. 456 s. ISBN 80-7169-512-2

ŠVARCOVÁ, Iva. *Aktuální otázky psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TU, 1998. 81 s. ISBN 80-7083-272-X

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Metodické pokyny pro zpracování bakalářských prací*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 43 s. ISBN 80-7083-704-7

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Liberec: TU, 2004. 70 s. ISBN 80-7083-819-1

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2

TOMICKÁ, Václava. *Orientační logopedické vyšetření*. 1. vyd. Liberec: TU, 2004. 37 s. ISBN 80-7083-808-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie handicapu. Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku*. 1. vyd. Liberec: TU, 1997. 78 s. ISBN 80-7083-208-8

VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 100 s. ISBN 80-7083-669-5

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Orientační vyšetření dítěte

ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE

Jméno a příjmení dítěte:

Věk dítěte v době vyšetření:

pohlaví:

A. RODINNÁ ANAMNÉZA

matka:

otec:

sourozenci:

zdravotní stav v rodině:

OSOBNÍ ANAMNÉZA

těhotenství a porod:

vývoj řeči:

motorický vývoj:

jiná sdělení:

B. VYŠETŘENÍ ŘEČI A MOTORIKY

slovní zásoba:

motorika mluvidel:

rty(úsměv)

vycenit zuby(rty jsou oddálené)

našpulení rtů(kapřík)

jazyk(vysouvat, zatáhnout, pohladit horní, dolní ret, koník, opička)

fonematický sluch:

A E I O U, AU OU

Ť Ď Ň, ty - ti, dy - di, ny - ni, J

P B M, F V

K G CH

T D N

H

C S Z, Č Š Ž + diferenciacie sykavek

L R Ř

Hrubá motorika:

Chůze v překážkové dráze:

Běh v překážkové dráze:

Chůze po schodech:

Jemná motorika:

Velké korálky:

Střední korálky:

Malé korálky:

Manipulace s psacím náčiním:

POZNÁMKY